

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

ANNÉE 1966 — N° 188

INCIDENCE DE LA CORTICOTHERAPIE SUR LA PRÉVENTION DES SÉQUELLES VALVULAIRES DE LA MALADIE DE BOUILLAUD

(A PROPOS DE 190 OBSERVATIONS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 DÉCEMBRE 1966

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CONDAT Marc

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Mars. 1939 à SAINT-SULPICE LA-POINTE (Tarn)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
J. TIXIER & FILS, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1966

INCIDENCE DE LA CORTICOTHERAPIE SUR LA PRÉVENTION DES SÉQUELLES VALVULAIRES DE LA MALADIE DE BOUILLAUD

(A PROPOS DE 190 OBSERVATIONS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 DÉCEMBRE 1966

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CONDAT Marc

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Mars 1939 à SAINT-SULPICE LA-POINTE (Tarn)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
J. TIXIER & FILS, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires :

MM. J. LEPINE
H. HERMANN

Doyen :

J.F. CIER

Membre de l'Institut.
Correspondant de l'Institut.

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
J. DORCHE

Conseiller Administratif :
M. H. PRUVOST

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, GARIN, GATÉ, MARTIN,
GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET,
POLLOSSON, ENSELME, WERTHEIMER, SARROUY

PROFESSEURS

MM. CIBERT J.	Clinique urologique
PONTHUS P. (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
CHAMBON M.	Chimie Organique et Toxicologie
PAUPERT-RAVAULT F.	Clinique médicale B
FROMENT R.	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT P.	Clinique médicale C
MALLET-GUY P.	Clinique chirurgicale A
REVOL L.	Pharmacie galénique
PIGEAUD H.	Clinique obstétricale
BOURRET J.	Médecine du Travail
LEVRAT M.	Clinique médicale A
SOHIER R.	Bactériologie
NETIEN G.	Botanique et cryptogamie
BERTRAND P.	Clinique chirurgicale C
BADINAND A.	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON B.	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE L.	Médecine légale et déontologie
COUDERT J.	Parasitologie et Pathologie exotique
MOUNIER-KUHN P.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE L.	Clinique ophtalmologique
THIERS H.	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN J.	Clinique Pneumophtisiologie
CREYSSSEL J.	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT M.	Clinique carcinologique
BERGER M. (I)	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
GUICHARD A.	Anatomie pathologique
GIRARD P.	Pathologie générale et expérimentale
GIRARD M.	Clinique médicale D
LATARGET M.	Anatomie
PEYCELON R.	Clinique chirurgicale B
VACHON A.	Pathologie médicale
GALY P.	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON J.	Radiologie
JEUNE M.	Clinique médicale infantile et Hygiène du 1 ^{er} âge
GONIN A.	Thérapeutique
MONNET P.	Clinique médicale infantile B
CHATONNET J.	Physiologie B
GUINET P.	Clinique endocrinologique
COLLET H. (I)	Chimie générale et pharmaceutique
TRILLAT A.	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL Ch.	Clinique stomatologique
MARION J.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantile
DORCHE J.	Matière médicale et Législation pharmaceutique
MANSUY L. (I)	Neurochirurgie
REVOL L. (I)	Hématologie
LECUIRE J. (I)	Neurochirurgie
X.....	Histologie et Embryologie
LIARAS H. (I)	Clinique chirurgicale propédeutique
PERROT L.	Chimie
CIER J.-F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
GOINARD P. (I)	Clinique chirurgicale et Chirurgie opératoire expérimentale
MICHAUD P.	Clinique de Chirurgie cardiaque
PONT M. (I)	Médecine générale
TRAEGER J. (I)	Pathologie métabolique et rénale
MATHIEU J.	Clinique gynécologique
FAUCON G.	Biologie médicales et Pharmacodynamie
BERTOYE A.	Clinique des Maladies infectieuses
VIGNON G.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et Ecologie sociale
VINCENT D.	Biochimie appliquée
CIER A.	Pharmacodynamie
COLOBERT L.	Chimie biologique et médicale
X.....	Pathologie chirurgicale
X.....	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
X.....	Physiologie et Pathologie obstétricales
X.....	Hygiène et Action sanitaire et sociale

(I) Professeurs à titre personnel.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie	MM. COLOMB	Dermatologie
FEROLDI	Anatomie pathologique	De SOLLIERS	Chimie analytique
MORET	Physique biologique	DESPIERRES	Médecine générale
ODDOUX	Botanique et cryptogamie	GARIN	Parasitologie
MALLEIN	Chimie analytique	TOLOT	Médecine du Travail
PINET	Electro-radiologie	THIVOLET	Hygiène

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS TITULAIRES

MM. CREYSSEL R.	Chimie biologique	MM. CHOLLAT	Electro-radiologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie	FLEURETTE	Bactériologie
DESCOTES	Chirurgie générale	FLANDROIS	Physiologie
JOUVET	Pathologie expérimentale	MOREL	Hématologie
PEYRIN	Physique biologique	TERMET	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
TOMMASI	Anatomie pathologique	FREDERICH	Pharmacologie
BUFFARD	Electro-radiologie	DAUDET	Chirurgie infantile
LEJEUNE	Méd. gén. et thérapeutique	BRUNE	Médecine générale et thérapeutique
de MOUNIGUES F.	Stomatologie	LOMBARD-PLATET	Chirurgie générale
NAUSSAC	Maladies infectieuses	BOUVIER	Rhumatologie
REBOILLAT	Chirurgie générale	FREYCON	Pédiatrie
ROMAGNY	Pédiatrie	LAPRAS	Neuro-chirurgie
DELAHAYE J.	Médecine générale	PELLET	Physiologie
DELEUZE R.	Anesthésiologie	DUQUESNEL	Electroradiologie
GIRAUD M.	Electro-radiologie diagnos- tic et thérapeutique.	DEJOUR	Orthopédie et Traumatologie
FRANÇOIS	Pédiatrie et puériculture	MOULIN	Dermato-Vénérologie
MICHOULIER	Chirurgie générale	PERMIN-FAYOLLE	Pneumo-Phthisiologie
LAMBERT	Médecine générale	PALIARD	Médecine générale et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie	MORGON	O. R. L.
FRIES	Médecine générale	PAUPERT-RAVAULT	Ophthalmologie
GILLY	Pédiatrie	MOTIN	Anesthésiologie
ROBERT	Médecine générale	PASQUIER	Médecine générale et thérapeutique
BOUCHET	Anatomie	VAUZELLE	Anatomie pathologique
BETHENOD	Pédiatrie	CZYBA	Histologie et Embryologie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie	CABANAC	Physiologie
KALB	Pneumo-phthisiologie	TOURAINÉ	Pneumo-phthisiologie
LARBRE	Pédiatrie	BEL	Médecine générale et thérapeutique
SOUSTELLE	Chirurgie générale	CHARVET	Gynécologie obstétrique
VIALA	Médecine générale	MAYER	Cancérologie
VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie	SISTERON	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GIROD	Histologie et embryologie	BRAILLON	Anatomie et Chirurgie générale
GRAS	Chimie biologique	VILLIERS	Chirurgie générale
MALLEIN	Chimie analytique	LOUISOT	Chimie biologique
COLIN	Médecine légale	COURJON	Neuro-psychiatrie
BERTRAND	Chimie biologique		
MARET	Chirurgie générale		
VIALIER-RAYNARD	Bactériologie		

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. FAYRE-GILLY	Hématologie	MM. RIFFAT	Hygiène
ROLLET	Pharmacie galénique	BIZOLON	Physique

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BONAMOUR	Ophthalmologie	MM. GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
FRANCILLON	Chirurgie générale	GARDE	Médecine générale
NOTTER	Gynécologie obstétricale	FAYSE	Orthopédie
De MOURGUES G.	Chirurgie générale	PERRIN A.	Médecine générale
DUMONT M.	Obstétrique	NORMAND	Médecine générale
SCHOTT	Neuro-psychiatrie	MOUNIER-KUHN A.	Chirurgie générale
DEVIC	Médecine générale	MORNEIX	Médecine générale
SAUBIER	Chirurgie générale	CHASSARD	Electro-radiologie
DURAND	Urologie	GARMIER	Obstétrique
HUGONNIER	Ophthalmologie	DUMAS	Stomatologie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie	SCHNEPP	Orthopédie
		NOEL	Médecine générale

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. GONIN, Président ; DELAHAYE, LARBRE, H. FÉLIX, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INCIDENCE DE LA CORTICOTHÉRAPIE
SUR LA PRÉVENTION DES SÉQUELLES VALVULAIRES
DE LA MALADIE DE BOUILLAUD

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FILS CHRISTOPHE

A MES FRÈRES, A MA SŒUR

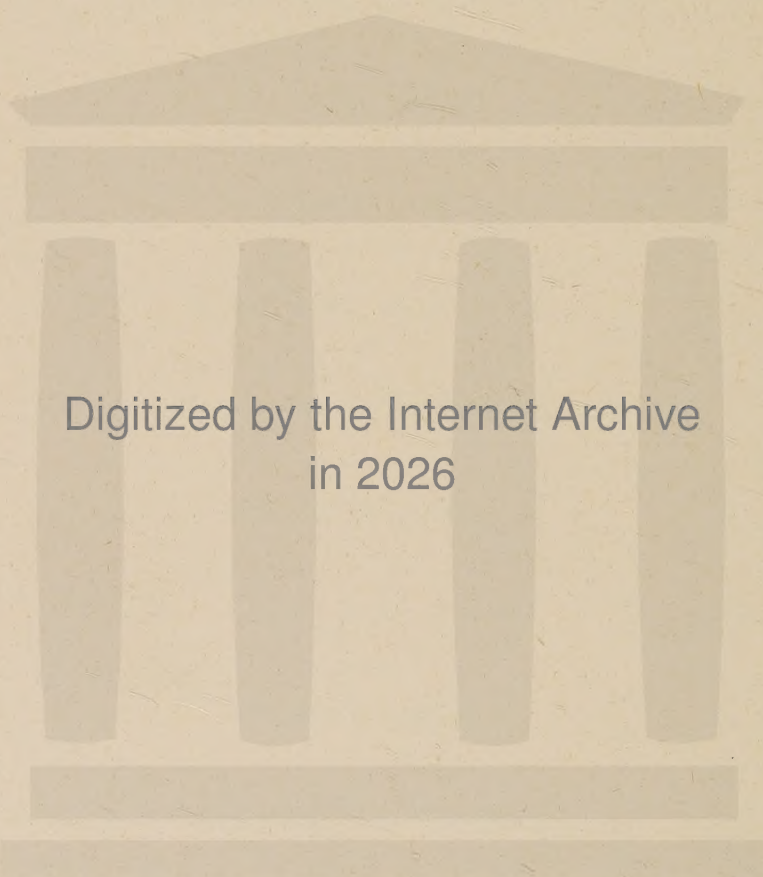
A MON GRAND-PÈRE

A MA BELLE-MÈRE

A MON PARRAIN

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur A. GONIN

Au cours de notre cinquième année nous avons admiré la clarté de son enseignement en thérapeutique.

Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence du jury de notre thèse.

Qu'il nous permette de lui témoigner toute notre reconnaissance et de lui exprimer notre plus profond respect.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé DELAHAYE

Il nous a initié à la cardiologie. Nous le remercions d'avoir bien voulu juger ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé LARBRE

Il nous a fait l'honneur de nous juger.

Qu'il veuille bien accepter nos très sincères remerciements.

Monsieur le Médecin-Lieutenant-Colonel H. FÉLIX

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Le séjour passé dans son Service restera déterminant pour nous dans la connaissance de la Médecine. Il nous a confié ce travail auquel il s'est beaucoup intéressé et nous a guidé dans son élaboration avec bienveillance.

Qu'il nous permette de lui manifester toute notre admiration et de l'assurer de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Médecin-Général-Inspecteur BORON

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

A Monsieur le Médecin-Colonel GROSSETÊTE

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes
Sous-Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A Monsieur le Médecin-Lieutenant-Colonel FREYRIA

Médecin des Hôpitaux de l'Armée

En témoignage de notre profond respect,

A Monsieur le Médecin-Lieutenant-Colonel MARTIN

Médecin-Chef-Adjoint du Centre de Réforme de Lyon

Par son amabilité et ses conseils, il a beaucoup
simplifié notre travail de recherche.

Qu'il veuille bien nous permettre de lui
exprimer nos sincères et respectueux remercie-
ments.

A Madame le Médecin-Capitaine SITE

A Messieurs les Médecins-Capitaines

LACOSTE, MAILLARD, DURAND J.Y.,

MEDARD, DURAND J.P.

Assistants des Hôpitaux Militaires

Leur sens pédagogique, leur grande compétence resteront pour nous un exemple. Nous les remercions de leurs conseils d'anciens et de leur indulgente attention.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude.

A Monsieur le Médecin-Capitaine LAFFAY

Il fut apprécié de notre compagnie.

Qu'il nous permette de lui adresser nos remerciements.

A Mesdames GAUTHIER et RACINE

Infirmières du Service de Médecine

A TOUS NOS MAITRES

DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A TOUS NOS CAMARADES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS

40.000 cas de rhumatisme articulaire aigu dans les camps américains de la dernière guerre.

6 % de rhumatisme articulaire aigu dans les services de médecine des hôpitaux militaires français.

Troisième place reconnue aux cardiopathies rhumatismales comme cause de réforme, immédiatement après la tuberculose et les affections mentales.

Deux cardiopathies rhumatismales sur 300 jeunes sujets de 20 ans... Ces quelques chiffres suffisent à rappeler l'importance du rhumatisme articulaire aigu et à expliquer l'intérêt tout particulier porté par les Médecins militaires à cette affection.

INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années l'aspect général du rhumatisme articulaire aigu se transforme considérablement.

La clarté se fait sur le problème du rhumatisme subaigu et sur celui de certains états frontières.

L'étude clinique des cardites rhumatismales bénéficie des acquisitions récentes d'investigation.

Une étape importante est franchie dans l'approche de la connaissance du mécanisme intime de la maladie grâce aux données modernes de la biochimie.

La diffusion de l'antibiothérapie prophylactique peut expliquer dans une certaine mesure la diminution de fréquence de l'affection.

Ces quelques transformations apportées par la dernière décennie sont loin de constituer une liste exhaustive. C'est probablement dans le domaine de la thérapeutique même de la maladie de Bouillaud et de ses conséquences que les acquisitions les plus fondamentales sont apparues.

Les suites lointaines de la maladie voient leur pronostic se transformer : les thérapeutiques médicales modernes permettent de mieux combattre l'insuffisance cardiaque, les progrès de la chirurgie cardiaque font de la cure chirurgicale du rétrécissement mitral un acte thérapeutique bien codifié. De plus l'on s'efforce de mettre au point des techniques pour remédier à l'insuffisance mitrale ou aortique, voire au rétrécissement aortique.

Pourtant de nombreuses inconnues subsistent encore. S'il semble se dégager une certaine unité dans l'application de la théra-

peutique médicale de la maladie de Bouillaud, l'opinion des différents auteurs est loin d'être identique quant à son efficacité dans la prévention de ses funestes conséquences.

C'est dans le but d'étudier si la thérapeutique hormonale moderne a transformé le pronostic valvulaire — pierre de touche de la maladie — que nous avons entrepris cette thèse sous l'impulsion de notre maître le Docteur FÉLIX, Chef de Service de Médecine Générale de l'Hôpital Militaire Desgenettes.

Nous avons colligé les rhumatismes articulaires aigus vus dans le service depuis 1957.

Sans nous référer aux critères de JONES modifiés qui, on le sait, s'appliquent beaucoup moins à l'adulte qu'à l'enfant, nous avons laissé de côté systématiquement tous les cas où le diagnostic était incertain.

Nous exposerons notre travail suivant ce plan :

- 1° Quelques données historiques sur la maladie de Bouillaud et sur sa thérapeutique.
 - 2° Action pharmacodynamique comparée : salicylés - hormones.
 - 3° La thérapeutique hormonale : son efficacité, évolution des idées.
 - 4° Point de vue actuel de la thérapeutique.
 - 5° Conditions d'enquête.
 - 6° Nos observations cliniques classées sous forme de tableaux : les primo invasions et les récides.
 - 7° Discussion et commentaires.
 - 8° Conclusions.
-

CHAPITRE PREMIER

DONNÉES HISTORIQUES

L'histoire du rhumatisme se confond presque avec celle de la médecine. HIPPOCRATE dans le « traité des affections » individualise une maladie fébrile, aiguë, non mortelle, frappant surtout les jeunes, qu'il distingue du rhumatisme chronique et de la podagre.

Il faut attendre le XVIII^e siècle et SYDENHAM pour que la goutte soit définitivement séparée du rhumatisme articulaire aigu. Le même auteur signale la sévérité de l'affection ; la sémiologie articulaire est soulignée par CULLEN.

Mais jusqu'au début du XIX^e siècle on ne connaissait que l'aspect le plus apparent de la maladie : la fluxion articulaire (*ρευμα* : fluxion).

« Le remarquable instrument de diagnostic dont LAENNEC venait de doter la clinique », permet à Jean-Baptiste BOUILLAUD de mettre en évidence le double tropisme articulaire et cardiaque de l'affection ; pourtant CHOMEL, autorité médicale incontestée, n'hésita pas à qualifier BOUILLAUD de « charlatan ». BOUILLAUD répondit à ses détracteurs en faisant paraître en 1840 le « traité clinique du rhumatisme articulaire » où il décrit plus de 60 cas d'atteintes cardiaques dans une statistique de 114 cas de rhumatisme articulaire aigu. Dès lors les lois de coïncidence ne furent plus contestées. (Du moins jusqu'à nos jours et dans une certaine mesure).

A BOUILLAUD revient donc le grand mérite d'avoir codifié la fièvre rhumatismale et d'en avoir montré la gravité occulte. Mais ce furent STRICKER, médecin militaire prussien en 1876, GERMAIN SEE en 1877, qui découvrirent pour la première fois une thérapeutique vraiment efficace contre la fièvre rhumatismale. Certes, le pharmacien LEROUX, en 1830, avait extrait de l'écorce de saule un glucoside : la salicine, mais ce corps tomba dans l'oubli le plus complet et ne fut utilisé que 35 ans plus tard par un thérapeute anglais : MAC LAGAN.

C'est dans une communication à l'Académie de Médecine le 26 Juin 1877, que GERMAIN SEE parla pour la première fois du salicylate et de son action remarquable sur le rhumatisme articulaire aigu.

Les sceptiques furent nombreux dans les premières années de son utilisation, BOUILLAUD lui-même s'adressa à GERMAIN SEE en ces termes :

« Monsieur SEE dit d'une manière générale que les rhumatismes articulaires aigus avec endocardite et pleurésie sont guéris en trois jours. Je déclare que s'il a trouvé le secret d'une pareille guérison il faut lui élever des statues, car c'est véritablement un miracle. Il est certain du moins qu'il n'y a aucun rapport entre les médicaments et la maladie qu'il combat. »

Les résultats de la salicylothérapie furent la meilleure réponse de GERMAIN SEE. Alors que Jean-Baptiste BOUILLAUD obtenait plus de 60 % de séquelles cardiaques par sa thérapeutique déplétive, STRUCKER, en 1878, sur des statistiques provenant des hôpitaux militaires de Prusse pouvait proclamer que, sur 181 rhumatismes articulaires aigus traités par l'acide salicylique, il n'y avait eu que 12 complications cardiaques. STRUCKER, comme tous les médecins de son temps, ne comptait dans les complications cardiaques que celles qui s'objectivaient de façon tapageuse... Néanmoins, un grand progrès avait été réalisé et pendant plus de 80 ans la thérapeutique salicylée devait être considérée comme le moyen de choix pour lutter contre la maladie et prévenir dans une certaine mesure ses conséquences.

1930 marque l'apparition des premières cortines d'extraction. L'insuffisance surrénale voit son pronostic transformé.

REICHSTEIN, en 1937, réalise la synthèse de la désoxycorticostérone, SARRET celle de la cortisone. Le champ d'action de la

corticothérapie s'étend rapidement et c'est HENCH qui, en 1949, attire l'attention sur l'efficacité de la cortisone dans la maladie de Bouillaud.

L'amélioration spectaculaire réalisée par la nouvelle thérapeutique sur la fluxion articulaire, sur les phénomènes subjectifs et sur certains signes biologiques du rhumatisme articulaire aigu fut rapidement notée. Toutefois, la prédominance du salicylate ne fut pas contestée avant plusieurs années : l'habitude de son utilisation, sa relative sécurité d'emploi, les tâtonnements de la thérapeutique cortisonique et ses risques éventuels firent que, jusqu'en 1953, les salicylés furent considérés comme les médicaments majeurs de la maladie de Bouillaud (symposium du rhumatisme articulaire aigu, 1953).

Pourtant, la réticence de certains auteurs vis-à-vis du salicylate, en raison d'une crainte souvent surestimée (en particulier chez l'adulte) d'acidocétose, le scepticisme quant à son action préventive et curative des cardiopathies valvulaires, l'apparition de la delta cortisone et de formes chimiques plus faciles à manier joints aux avantages précités, amenèrent un grand nombre d'auteurs à délaisser les salicylés au profit des corticoïdes. L'on crut même tenir le médicament spécifique de la maladie. Cependant, des doutes surgirent rapidement sur ce point particulier... Le Professeur GONIN écrivait déjà en 1954 :

« L'hormonothérapie n'est pas le remède spécifique des cardites rhumatismales ; elle permet d'attendre sous son couvert l'extinction de la poussée aiguë mais elle reste sans effet sur la maladie " en soi ". »

Précisément, avant d'envisager l'évolution des idées sur l'efficacité de la corticothérapie, il nous paraît intéressant d'établir un rappel comparatif de l'action pharmacodynamique des deux thérapeutiques.

CHAPITRE II

ACTION PHARMACODYNAMIQUE : SALICYLES - CORTICOIDES

KELLEY et ses collaborateurs ont démontré l'existence au cours des crises de rhumatisme articulaire aigu d'une insuffisance corticosurrénale dont témoignent, d'une part la diminution du taux des corticoïdes surréniaux circulants, d'autre part l'élévation du taux d'ACTH sanguin, la surrénale ne répondant pas à une production accrue de stimuline hypophysaire. Ils ont également montré qu'une forte dose d'ACTH injectée aux malades est capable de surmonter cette inhibition de la surrénale et d'obtenir d'elle une sécrétion importante d'hormone.

Mais, le mode d'action des corticoïdes n'est pas encore entièrement établi. Leur action essentielle est une action anti-inflammatoire. Les tentatives d'explication ne reposent pas sur des bases très solides : on a supposé qu'ils empêchaient la synthèse tissulaire de l'histamine ; cette hypothèse est mal confirmée car si, effectivement, ils freinent bien la biosynthèse de l'histamine, ils ne le font qu'à longue échéance et en pratique leur action est rapide. On a parlé d'une action antagoniste vis-à-vis de polypeptides comme la bradykinine capables de déclencher l'inflammation. Cette hypothèse est incertaine.

On a invoqué par ailleurs une action anti-hyaluronidase ainsi qu'une action sur les anticorps.

En réalité l'action est essentiellement symptomatique. Le traitement par les corticoïdes agit sur l'œdème et les phénomènes capillaires.

En ce qui concerne le salicylate, il est prouvé qu'il agit comme analgésique, antihermique, anti-exsudatif. Il a peut-être d'autres effets : anti-hyaluronidase, il interviendrait dans la perméabilité capillaire et dans la perméabilité conjonctive (MEYER, RAGAN) ; il aurait une action corticotrope et stimulerait la sécrétion d'ACTH : l'action sur la surrénale ne se fait peut-être pas par le relais hypophysaire, mais elle semble réellement prouvée (VAN CAUWENBERGE...). Fait important à considérer, les salicylés restent le seul traitement d'épreuve du rhumatisme articulaire aigu en cas de diagnostic douteux.

Intéressante apparaît l'hypothèse récemment formulée et qui voudrait que le mécanisme d'action des corticoïdes et des salicylés dans le rhumatisme articulaire aigu soit identique. Pour PEZZICA, en effet, les deux médicaments agiraient en augmentant la destruction protéique aussi bien au niveau intestinal qu'au niveau hépatique. En conséquence, des tronçons polypeptidiques et des amino-acides seraient mis en liberté et, non dégradés ultérieurement, pourraient se comporter comme des antigènes et stimuler dans l'organisme la formation d'auto-anticorps.

Si, en définitive, le mécanisme d'action des corticoïdes et des salicylés était similaire — il est de toutes façons non spécifique —, on comprendrait mieux que les opinions des différents auteurs quant à leur efficacité respective aient pu donner lieu (et donnent lieu encore) à des controverses.

CHAPITRE III

L'EFFICACITÉ DE LA CORTICOTHÉRAPIE :

ÉVOLUTION DES IDÉES

L'appréciation de l'activité du traitement hormonal sur les localisations cardiaques de la maladie de Bouillaud pose un problème différent, selon que l'on étudie son action sur la cardite rhumatismale aiguë ou son efficacité préventive à l'égard des séquelles cardiaques.

Seule cette dernière action nous retiendra... Non pas que l'action immédiate d'une thérapeutique doive être méconnue mais parce que, d'une part l'unanimité s'est faite sur l'efficacité réelle de la corticothérapie sur un ensemble de points : diminution considérable de la mortalité, action remarquable sur les arthrites, les signes généraux et humoro-biologiques, raccourcissement de la durée de la maladie, action favorable sur la péricardite... d'autre part, parce que, en l'occurrence, l'action du traitement sur les séquelles cardiaques constitue le test le plus décisif de son efficacité.

Laissant de côté le problème des séquelles myocardiques, problème important mais nécessitant une étude particulière, nous n'envisagerons que le problème des séquelles valvulaires.

Etablir une liste des différentes statistiques publiées sur ce problème ne présenterait qu'un intérêt très relatif. Au surplus, une

telle entreprise serait très difficile à mener à bien tant elles furent nombreuses.

A l'aide de quelques exemples nous essaierons d'entrevoir les courants d'opinion qui se sont fait jour.

Dès 1950, les opinions des auteurs s'orientent selon trois tendances :

Les uns, et notamment HENCH et BARNES ont la conviction que la cortisone peut non seulement agir sur les arthrites et la fièvre, mais aussi prévenir les lésions cardiaques.

MASSEL, WAREM et STURGIS, WILSON et ses collaborateurs sont aussi optimistes. KELLEY, CROOP, GREENMAN et ses collaborateurs, MARKOWITZ et KUTTNER, la plupart des auteurs français (R. DEBRE, J. MARIE, G. GIRAUD, CHAPTAL, BERNHEIM, JEUNE) se rangent aussi parmi les tenants de l'hormonothérapie. Pour eux, la cortisone prévient les lésions cardiaques dans les formes moyennes, et évite l'évolution mortelle des formes graves.

D'autres moins enthousiastes dénie à la corticothérapie toute action préventive à l'égard des lésions cardiaques. Telle est l'opinion de DORFMAN ; celle de YOUNG et DIXON est identique. Ils considèrent que l'efficacité des hormones est analogue à celle du salicylate, mais un peu plus puissante.

Un troisième groupe d'auteurs avec en particulier JOHNSON, FERENCZ, de ROWE, Mr KELLEY et KEITH, soutient l'opinion que le traitement hormonal n'a aucune supériorité sur les traitements jusqu'alors employés.

Devant la diversité des opinions et pour tenter d'établir la vérité, une grande enquête coopérante est entreprise, groupant les Etats-Unis, la Grande-Bretagne et le Canada sous l'égide de l'American Heart Association et du British medical Research Council. Menée parallèlement dans treize centres de recherches, elle porte sur 497 sujets répartis en trois groupes choisis au hasard (un hasard scientifiquement étudié) et traités par l'ACTH, la cortisone ou l'aspirine.

Elle conclut qu'après un an et après cinq ans d'évolution il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne l'état cardiaque entre les trois groupes traités.

L'aspect de rigueur scientifique présenté par cette enquête, sa note ubiquitaire eut un profond retentissement sur l'opinion médicale, d'autant plus que commençaient à apparaître des statistiques dressant la liste des incidents ou accidents de la thérapeutique cortisonique.

Pourtant cette enquête n'avait pas résolu le problème. C'est ce que prouve le Professeur JEUNE dans la thèse lyonnaise de FAYOLLE.

Soulignant certains faits ou certaines lacunes, il donne aux conclusions énoncées ci-dessus une valeur très relative :

- Entreprise en 1950, à une époque où les hormones étaient encore maniées avec une excessive prudence, elle oblige les participants à donner ACTH ou cortisone selon un schéma fixé à l'avance avec une posologie généralement insuffisante. La longueur même du traitement initial est passible de critique en raison de son uniformité (six semaines). Surtout, et le paradoxe peut être plein d'enseignement, si le hasard, scientifiquement calculé, avait, en théorie, réparti les risques d'égale façon entre les trois groupes de traitement, il s'est trouvé, en pratique, trois fois plus de défaillances cardiaques dans le groupe ACTH (14 %) que dans le groupe aspirine (5 %), deux fois plus de gros cœur (22 % contre 11,8 %) et inversement, trois fois plus de chorées (à séquelles cardiaques moins fréquentes) dans le groupe aspirine (15,5 %) que dans le groupe ACTH (5,6 %).

Le Professeur JEUNE conclut que pour ces multiples raisons l'enquête anglo-américaine n'apporte pas la solution du problème... Dans des travaux ultérieurs l'auteur argumente au contraire en faveur du traitement hormonal. Comparant les statistiques de son service avant et après l'avènement des corticoïdes, il souligne (1956) surtout leur intérêt dans les formes graves de la maladie. Convaincu de leur efficacité dans la prévention des séquelles cardiaques, il pense que, lors des échecs de la thérapeutique, il

ne faut pas incriminer le médicament mais sa mauvaise utilisation, rejoignant ainsi la pensée de STRICKER au sujet du salicylate :

« La raison des échecs observés ne doit pas être recherchée dans l'inefficacité du médicament mais bien au contraire dans son mode d'emploi non convenable. »

L'idée d'une mauvaise adaptation de la thérapeutique conduisit à rechercher des formules variées dans sa mise en œuvre. La notion jusque-là négligée de seuil d'efficacité du traitement corticoïde apparut. Les conclusions des statistiques de JEUNE et d'ILLINGWORTH de même que celles émanant d'un travail de DONE, dans le groupe de KELLEY, tendirent en effet à démontrer que les échecs de la thérapeutique étaient souvent liés à une posologie insuffisante. Les partisans d'un traitement court et intensif s'opposèrent alors aux partisans d'un traitement prolongé et plus modéré quant à sa posologie initiale.

Une opinion se généralisa rapidement : la nécessité d'un traitement rapidement instauré « Rhumatisme articulaire aigu = urgence thérapeutique ». Toutefois, en 1962, AR FEINSTEIN, G.G. ZAGALA et M. SPAGNUOLO firent remarquer la fragilité scientifique d'une telle assertion. Certes, les malades qui reçoivent un traitement précoce ont par la suite moins de lésions cardiaques que ceux qui reçoivent un traitement tardif, mais ces malades privilégiés sont aussi ceux qui, atteints d'arthrite, sont souvent indemnes de cardite et le restent, quelles que soient les modalités du traitement... Ces données ne permettent pas de confirmer, disent-ils, la conception selon laquelle le traitement précoce améliore le pronostic du RAA.

Ce souci de recherche d'une « bonne thérapeutique », ces discussions subtiles, sont des reflets de la difficulté du problème... et, périodiquement, l'efficacité des corticoïdes est remise en question... Les pessimistes (par rapport aux optimistes pour qui la thérapeutique moderne a transformé le pronostic lointain) mettent en avant l'argument de la variation du génie épidémique de la maladie qui ferait du rhumatisme articulaire aigu une affection moins grave qu'autrefois, et qu'en conséquence, l'amélioration du pronostic ne serait pas le fait de la thérapeutique.

Pour se convaincre de la réalité du problème, il n'est qu'à lire un article sur la question, du New England Journal of Medicine

de Janvier 1965. En conclusion d'une étude comparant l'action d'un traitement bref et intensif par prednisone et un traitement par l'acide acétyl salicylique, on lit en substance :

« La corticothérapie à doses fortes et brèves n'est pas supérieure à la prednisone donnée aux doses habituelles, elle ne l'emporte pas non plus sur la salicylothérapie dans la prévention des cardites post-critiques. Cependant, il semble qu'elle fasse rétrocéder plus rapidement les manifestations des cardites aiguës... »

et encore

« Il apparaît que si la prédnisone n'est pas indiscutablement supérieure à l'aspirine pour la prévention des séquelles cardiaques, les stéroïdes sont néanmoins plus efficaces pour contrôler les manifestations myocardiques inflammatoires de début. Au total, en raison des effets secondaires non négligeables des corticoïdes, il semble préférable de traiter le rhumatisme articulaire aigu à la période aiguë par l'aspirine chaque fois que les signes myocardiques sont discrets ou absents. »

Certes, l'ensemble des auteurs français ne se rallie pas à de telles opinions... AUDIER, SALVANI SERRADIMIGNI étudiant « la place des salicylés dans le traitement de la maladie de Bouillaud » en 1963, font l'apologie des hormones et critiquent une attitude trop conservatrice, trop salicylophile. Pourtant, il est encore difficile de se faire une opinion définitive. DE SEZE, dans la préface d'une remarquable monographie médicale d'ABLARD et LARCAN sur le rhumatisme articulaire aigu (1964) écrit :

« Le problème du traitement préventif et curatif de la cardite rhumatismale ne saurait être considéré comme entièrement résolu, puisqu'en dépit des progrès réalisés, aucune médication n'est capable d'assurer à coup sûr ni la protection du cœur, ni la guérison des lésions cardiaques en voie de constitution. D'où l'intérêt d'un traitement prophylactique. »

Récemment le Professeur FROMENT émettait une opinion similaire.

Avant de présenter nos observations, il nous a paru nécessaire, en guise de comparaison, d'exposer rapidement le point de vue actuel de la thérapeutique.

CHAPITRE IV

LE POINT DE VUE ACTUEL DE LA THÉRAPEUTIQUE CHEZ L'ADULTE

Le traitement actuel repose sur l'association de règles hygiéno-diététiques d'un traitement anti-inflammatoire et d'un traitement antibiotique.

LES PRESCRIPTIONS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

Le repos.

Si ROBERTSON prône curieusement le lever précoce (et l'absorption de fortes quantités d'eau), l'ensemble des auteurs s'accorde pour reconnaître au repos au lit un rôle capital (POYNTON, FRIEBERG, COSTE). Il doit être poursuivi longtemps après la disparition des signes cliniques, jusqu'à la stabilisation biologique. Il faut savoir le prolonger parfois des mois en cas d'atteinte cardiaque.

Le régime.

Lors de la période aiguë, l'anorexie est habituelle. On maintient un régime lacto-végétarien. Par la suite, il convient que la ration soit quantitativement et qualitativement équilibrée.

TRAITEMENT ANTI-INFLAMMATOIRE

Trois ordres d'agents sont à l'heure actuelle à la disposition du médecin.

- Les corticoïdes
- La phénylbutazone
- Les salicylés.

I. — LES CORTICOIDES

L'hormonothérapie cortico-surrénale est actuellement presque toujours utilisée dans le traitement d'attaque de la crise rhumatismale.

Le produit le plus utilisé est la delta-cortisone, mais on peut utiliser aussi la delta-hydrocortisone et la méthyl-delta-hydrocortisone ; quelques réserves peuvent être faites à l'égard de l'utilisation des produits fluorés qui ont une puissante action freinatrice hypophysaire peu souhaitable dans le traitement de la crise rhumatismale.

La posologie de la delta-cortisone est de l'ordre de 1 mg par kg/jour, sans dépasser 80 mg en pratique courante.

Cet assaut thérapeutique à haute dose sera poursuivi jusqu'au retour de la vitesse de sédimentation à la normale, soit 8 à 12 jours ; puis la dose sera progressivement ramenée à la dose minima efficace qui sera maintenue au moins une semaine : il existe, en effet, un seuil d'efficacité du traitement hormonal de 40 mg environ chez l'adulte.

La durée du traitement sera établie en fonction de l'évolution des signes biologiques : en moyenne le traitement hormonal dure un mois à six semaines, mais dans les cas de cardite grave, il pourra être beaucoup plus prolongé.

Vis-à-vis du rebond sédimentaire survenant fréquemment à l'arrêt du traitement, (nous voulons parler du vrai rebond qu'il faut distinguer d'une évolution subaiguë) trois attitudes sont possibles : simple surveillance clinique et biologique, en n'intervenant que si

le rebond se prolonge ou devient important ; ou bien, traitement systématique du rebond par une cure salicylée le plus souvent sous forme d'aspirine ; enfin, une troisième attitude consiste à essayer de supprimer ou d'atténuer le rebond en faisant suivre systématiquement le traitement hormonal d'un relais salicylé qui débute au moment de la diminution des doses au-dessous de la dose-seuil. Ce traitement salicylé devra être prolongé plusieurs semaines et diminué progressivement sinon il serait suivi, lui-même, d'un rebond biologique.

2. — LA PHÉNYLBUTAZONE

Elle peut aussi être utilisée comme traitement d'attaque de la crise rhumatismale : elle est donnée à la dose de 10 mg par kg de poids/jour, pendant quatre semaines environ. ABLARD et LARCAN soulignent le remarquable effet d'apaisement de la médication. Malgré son efficacité clinique indiscutable, elle continue à souffrir d'un préjugé défavorable, peut-être en raison de son effet moins brillant sur les signes biologiques de la maladie, peut-être en raison du risque d'accidents d'intolérance, risque qui fait l'objet d'une crainte sans doute excessive. La phénylbutazone a l'avantage d'être moins souvent que le traitement hormonal, suivie du phénomène de rebond.

3. — LES SALICYLÉS

Ils ne sont guère plus utilisés dans le traitement d'attaque de la crise rhumatismale. Ils ont cependant une utilité certaine quand les autres traitements sont contre-indiqués. Les injections pluri-quotidiennes de salicylate intraveineux rendent alors des services. En dehors de ces cas, on utilise le plus souvent l'aspirine comme médicament de relais.

Le taux de salicylémie jugé nécessaire par COBURN est de 30 à 25 mg par cc3 de sang et peut être obtenu indifféremment par une dose journalière de 12 g de salicylate ou de 8 g d'acide acétyl salicylique. Cette équivalence ne pouvant être évidemment que très approximative, l'aspirine aurait l'avantage de ne pas apporter d'ions sodium, mais E. AUBERTIN recommande, au

moins au début du traitement, l'administration intraveineuse de salicylate (1 à 1,50 g matin et soir).

Le problème de l'adjonction du bicarbonate de soude au salicylate est discutée. CAMELIN et coll. préconisent l'injection intraveineuse toutes les 8 heures du mélange suivant : 2 g de salicylate, 1,5 g de bicarbonate, 1 g de glucose, 40 ml de sérum physiologique. Pour d'autres auteurs, l'adjonction de bicarbonate n'est pas à conseiller car elle entraîne une élimination deux fois plus rapide et n'augmenterait la tolérance qu'aux dépens de l'efficacité.

Il faut remarquer que, après une attitude de dédain presque total, les salicylés retrouvent de nos jours une grande partie de leur faveur, et ROSKAM, AUDIER, AUBERTIN, et beaucoup d'autres, préconisent leur association systématique aux corticoïdes... Cette association permet de réduire les doses des uns et des autres et d'éviter le phénomène de rebond.

Le traitement salicylé trouve une autre indication dans les formes très prolongées des crises rhumatismales : celles-ci peuvent durer des mois avec réapparition des signes cliniques et biologiques à chaque arrêt du traitement. Compte tenu des inconvénients de très longs traitements par la cortisone ou la phénylbutazone, on peut recourir efficacement à l'aspirine.

TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX

En plus du traitement anti-inflammatoire, un traitement anti-infectieux doit être institué pendant la crise rhumatismale. Il a pour but l'éradication du streptocoque hémolytique A de l'organisme. On peut utiliser :

- La pénicilline par voie buccale — 600.000 à 800.000 unités par jour pendant 10 jours
- La pénicilline G par voie intramusculaire — 1.000.000 unités par jour pendant 10 jours

- La benzathine pénicilline — une injection unique de 2.400.000 unités. Il semble préférable, si l'on emploie cette injection unique, d'utiliser une association de benzathine-pénicilline à une pénicilline à action rapide.

Les autres antibiotiques tels que l'auréomycine, l'érythromycine, paraissent moins sûrs que la pénicilline.

A ce traitement initial fera suite le traitement prophylactique.

CHAPITRE V

CONDITIONS D'ENQUÊTE

I. — REMARQUES GÉNÉRALES

Les particularités que peut revêtir la maladie de Bouillaud dans l'armée ne sont pas propres à l'affection elle-même, ni à la collectivité envisagée, mais aux conditions spéciales que créent un dépistage précoce, un traitement rapidement instauré, un terrain adulte a priori organiquement sain.

Toute cardiopathie orificielle contre-indiquant le service militaire, les médecins des organismes de sélection puis les médecins des unités éliminent de l'armée les sujets qui en sont porteurs.

A l'heure actuelle tous les sujets passant devant un organisme de sélection et présentant une auscultation douteuse sont adressés à l'hôpital. De même tous les sujets faisant état d'antécédents rhumatismaux sont systématiquement hospitalisés ; un examen clinique et biologique complet est entrepris...

Ainsi, — et ceci constitue une base fondamentale de notre enquête — tous nos malades se sont, a priori, présentés organiquement sains en face de la maladie de Bouillaud qu'ils ont contractée au cours de leur service militaire.

Ces remarques sont valables pour la quasi totalité des cas.

Sans envisager le problème dans son ensemble, il convient de rappeler que le rhumatisme articulaire aigu de l'adulte est dif-

férent de celui de l'enfant... et notamment en ce qui concerne le tropisme cardiaque. Les lois de BOUILLAUD ne s'appliquent pas à l'homme jeune en milieu militaire. Le rhumatisme articulaire aigu de l'adulte est moins grave que celui de l'enfant.

II. — LE PROBLÈME DU DIAGNOSTIC

Comme nous le signalions dans l'introduction, nous avons laissé de côté tous les cas où le diagnostic était incertain. Tous les sujets ayant été hospitalisés, la mise en œuvre du traitement ne fut entreprise qu'après qu'un faisceau d'arguments cliniques et biologiques ait permis de ne pas avoir de doutes sur la réalité du rhumatisme articulaire aigu. Pour cette raison (et aussi dans certains cas en raison de renseignements insuffisants) sur plus de 500 dossiers dépouillés, nous n'en avons retenu que 190 dont 140 primo-invasions et 50 récidives.

III. — L'ORIGINE DES MALADES

La notion d'origine a une importance certaine dans notre étude ; nous le verrons au moment du bilan général.

Trois groupes doivent être individualisés :

— Les malades qui constituent le premier de ces groupes, le plus important en nombre, ont été vus d'emblée dans le service de Médecine générale de l'Hôpital Militaire Desgenettes.

— Les malades du deuxième groupe furent envoyés dans ce même service par les Hôpitaux Militaires périphériques de la 8^e Région.

— Quant aux malades du troisième groupe, ils correspondent à des soldats qui ont contracté une maladie de Bouillaud pendant la guerre d'Algérie et ont été rapatriés sanitaires sur la huitième région. On envisage déjà que le pourcentage de séquelles valvulaires devait être a priori plus élevé dans ce groupe, seuls les sujets qui ont présenté des formes cliniques relativement sérieuses ayant été rapatriés.

IV. — LE PROBLÈME DU TRAITEMENT

En raison même de la diversité des origines, le traitement administré comporte des variantes, variantes expliquées moins par le fait de telle ou telle tendance hospitalière que par un souci légitime d'adaptation à la gravité plus ou moins grande de la maladie.

Sans méconnaître un certain manque d'homogénéité (notamment dans la durée du traitement, dans la rapidité de décroissance des doses ou encore dans le traitement du rebond, lorsqu'il existe), nous croyons toutefois qu'une unité certaine se dégage de l'ensemble des cas considérés.

α Dans l'immense majorité des cas, la thérapeutique corticoïde fut utilisée d'emblée à l'état pur.

— Dans deux cas seulement de primo-invasion et un cas de récurrence (N^{os} 7 et 40 pour les P.I. ; N^o 2 pour la récurrence) la thérapeutique salicylée fut utilisée en premier lieu. Dans ces trois cas le délai de mise en œuvre du traitement corticoïde n'a pas dépassé 15 jours à partir de l'apparition des premières manifestations articulaires.

— L'association Hormone-Salicylé n'est retrouvée que dans 16 cas (12 P.I. et 4 récurrences) :

Pour les primo-invasions, l'utilisation conjointe hormone-salicylate est notée à trois reprises (N^{os} 5, 20, 59), l'utilisation conjointe hormone-aspirine est plus fréquente : 9 cas (N^{os} 32, 55, 63, 79, 107, 109, 111, 112, 126).

Pour les récurrences, l'association hormone-salicylate a été réalisée pour les malades correspondants aux N^{os} 13 et 15 ; l'association hormone-aspirine est également notée à deux reprises (N^{os} 33 et 47).

En vue d'éviter de grandes difficultés d'interprétation, nous avons laissé de côté tous les cas où fut utilisé un traitement alterné qui fut celui de la période de transition (années 1956-1957, et même parfois 1958 et 1959). Le nombre de ces cas n'excède pas la vingtaine.

β Si, dans quelques cas, d'autres médicaments furent utilisés, dans la plupart des cas le médicament employé a été la delta-cortisone.

En effet, on note :

— L'emploi de la cortisone dans 7 cas de primo-invasions et dans 2 cas de récides

— L'emploi de la triamcinolome dans 6 cas de primo-invasions et dans 2 cas de récides

— L'utilisation d'autres formes médicamenteuses (Betnesol, Medrol) n'est notée que dans 3 cas

— La phénylbutazone ne fut employée que dans un seul cas (à titre documentaire).

Au total la delta-cortisone fut utilisée (190-21) = 169 fois.

γ Les doses initiales (pour la delta-cortisone) furent de 40 à 50 mgr dans 103 cas.

Les prescriptions médicamenteuses et les règles hygiéno-diététiques corollaires de tout traitement corticoïde furent respectées (chlorure de potassium, anabolisants, Vit. D, Ca, relance de la surrénale par ACTH...).

δ Surtout, le délai de mise en œuvre du traitement fut le plus souvent relativement court.

ε Enfin, bien entendu, la notion d'un traitement antibiothérapique correctement appliqué fut dans tous les cas considéré comme indispensable.

V. — LE PROBLÈME DU DEVENIR

Le problème du devenir est une des principales causes d'achoppement lorsqu'on veut étudier l'influence de tel ou tel traitement dans la prévention des séquelles valvulaires de la maladie de Bouillaud.

Les médecins cardiologues et les médecins des centres de réforme savent peut-être mieux que quiconque combien il faut être prudent en la matière. Tel malade considéré comme défini-

tivement guéri après une première crise, sera pourtant, dix ou vingt ans plus tard, porteur d'une valvulopathie. A l'inverse, tel autre présentant quelques semaines après la crise un souffle systolique (c'est le cas le plus fréquent !) faisant porter le diagnostic d'insuffisance mitrale, affection qui, au demeurant, aura pu motiver un taux de pension — nous en avons un cas dans notre étude* — aura, quelques mois ou quelques années plus tard, une auscultation strictement normale : le souffle systolique aura disparu ou le plus souvent sa nature anorganique sera manifeste.

La critique faite le plus souvent à ce genre d'étude, en particulier dans un contexte militaire, est précisément la durée limitée du temps d'observation des malades.

Nous avons tenté, dans la mesure du possible, de résoudre la difficulté.

- C'est essentiellement par l'intermédiaire du centre de réforme de Lyon que nous avons pu nous enquérir du devenir des malades.

Sans envisager l'étude détaillée des structures juridiques, nous rappelons toutefois certaines données nécessaires à la compréhension de nos démarches.

A la suite de leur convalescence, les malades passent en général une expertise médico-militaire qui sert de pièce médicale pour la commission de réforme. Cette expertise résume l'état de santé du sujet, propose la décision à prendre vis-à-vis du service militaire (maintien service armé, réforme), propose également un taux d'invalidité afférent au mode de réforme. Après la commission de réforme s'ouvre un éventail de possibilités.

1°) Les sujets présentant une invalidité avec un taux suffisant (taux supérieur à 30 %) sont revus tous les trois ans pour révision du taux temporaire qui ne sera fixé définitivement qu'après neuf ans. Nous avons dépouillé les dossiers des malades répondant à cette catégorie.

2°) Les sujets qui ont contracté leur maladie en Afrique du Nord et bénéficient de la présomption d'origine sont également revus à plusieurs reprises à condition qu'ils aient un taux d'inva-

* N° 77 dans le groupe des PI.

lidité au moins égal à 10 %, ce taux étant comme un garant pour l'avenir mais ne préjugant pas forcément d'une atteinte valvulaire.

N.B. - Dans un certain nombre de cas, les dossiers des malades furent transmis (après la première commission de réforme), au centre de réforme le plus proche du domicile du sujet. Nous avons consulté certains dossiers au centre de réforme de Grenoble. Pour d'autres nous sommes entrés en correspondance avec les médecins chefs de différents centres.

- Bien entendu, ces différentes éventualités ne permettent pas de suivre tous les malades. Beaucoup sont en effet réformés sans pension. Pour ceux-ci nous avons considéré le plus souvent que la constatation d'une insuffisance aortique ou d'un rétrécissement mitral suffisait à l'enquête, la thérapeutique étant dans ces cas jugée insuffisante. Peu importe, dans notre optique, qu'à une première valvulopathie s'en surajoute une autre.

- Un certain nombre de sujets a pu être suivi par le biais de la consultation hospitalière.

- Enfin, une autre partie des malades a été revue à l'aide de moyens variés (visites à domicile dans le cas de sujets habitant Lyon, prises de contact avec le médecin traitant pour d'autres).

Malgré tout, dans une proportion relativement importante de cas, notre recul peut sembler nettement insuffisant. Nous n'avons pas la prétention d'établir un bilan définitif, mais nous pensons que pour approximatif qu'il soit le bilan final n'est pas loin de la vérité, étant entendu que les sujets qui ne bénéficient pas d'un recul suffisant sont aussi ceux qui, généralement, ont présenté des formes sans cardite.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS CLINIQUES
CLASSÉES SOUS FORME DE TABLEAUX :
LES PRIMO-INVASIONS ET LES RÉCIDIVES

PRIMO - INVASIONS

NOTE EXPLICATIVE :

Hôpital d'origine : HP = Hôpitaux périphériques.

HMID = Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

AFN = Différents Hôpitaux d'Algérie

ECG - espacePR + = Allongement de l'espace PR

Rebond X = Présence d'un rebond

* = Valvulopathie séquellaire

	Nom	Hôpital d'origine	Sexe	Age	Début du RAA	Auscultation	E C G		Rebond
							Autres anomalies	Espace PR	
1	BER...	AFN	M	20	I/57		Extra- systoles auriculaires		
2	BON...	HMID	M	20	XII/57	SSB			
3	CHA...	AFN	M	20	VII/57			+	
4	DAN...	AFN	M	20	XI/57	Frottement péricardique	Tracé typ. de péricardite		X
5	DOR...	AFN	M	20	I/57	SSP			
6	DUC...	HMID	M	21	I/57	SSB			X
7	DUM...	HMID	M	20	VII/57			+	
8	FOR...	HMID	M	20	III/57	SSP + SSB	Signes en fav. d'une péric.		
9	GRA...	AFN	M	20	II/57	SD			X
10	GRE...	HMID	M	20	VII/57	Diastole douteuse			
11	JAN...	AFN	M	21	VII/57	SSP			
12	LOG...	HMID	M	14	IX/57	SS Méso c.			
13	SAN...	AFN	M	20	VII/57	Frottement péricardique	Tracé typ. de péricardite		
14	ALF...	HMID	M	20	V/58	SS		+	
15	BUE...	AFN	M	20	III/58	Galop			
16	JAC...	AFN	M	20	V/58	SD			
17	LEM...	AFN	M	20	VII/58				
18	PAP...	AFN	M	21	VIII/58	SSP			
19	PRE...	AFN	M	20	XII/58	SSP			
20	ROU...	AFN	M	20	I/58				

Délai l'appli- cation du traitement corticoïde	Durée de la cortico- thérapie	Dose initiale Δ -cortisone	Incidents	Etat du cœur à la fin du traitement	Expertise Médico- Militaire	En définitive	Recul
10 j	42 j	40 mg		CN	CN	CN	5 mois
13 j	58 j	60 mg		CN	CN	RM *	3 ans
4 j	36 j	30 mg		CN	CN	CN	5 mois
5 j	90 j	30 mg	Glycosurie transitoire	CN	Elargissement de la silhouette cardiaque	Pas de souffle Augm. du VG	8 ans
15 j		Salicylate per- os X 4 j + 30 mg		CN	CN	CN	6 mois
3 j	68 j	50 mg		CN	CN	CN	1 an
20 j	47 j	Salicylate IV 6 g X 15 j ATCH ret. 50 U		CN	CN	CN	4 ans
12 j	31 j	Cortisone 300 mg		CN	SS anorg.	CN	3 mois
5 j	72 j	Cortisone 300 mg		IA	IA + SS	IA * + SS	3 mois
1 j	21 j	Cortisone 200 mg		CN	CN	CN	1 mois
15 j	35 j	40 mg		SSB	SSB Elandiastolique	RM *	5 ans
	23 j	50 mg Cortisone		CN	CN	CN	3 mois
7 j	43 j	Cortisone 150 mg	Arrêt du trait. Doult. épigast.	CN	CN	CN	6 mois
9 j	28 j	40 mg		SS apex.	Diastole très douteuse	IA *	6 ans
8 j	60 j	40 mg		CN	CN	CN	8 ans
10 j	23 j	30 mg		IA	IA	IA *	8 ans
2 j	41 j	40 mg		CN		CN	6 mois
15	60 j	35 mg		CN	CN	CN	7 ans
# 5 j	57 j	30 mg		SSP	IM	IM *	7 ans
13 j	23 j	Salicylate IV 4 g + 30 mg		IA	IA	IA *	3 ans

	Nom	Hôpital d'origine	Sexe	Age	Début du RAA	Auscultation	E C G		Rebond
							Autres anomalies	Espace PR	
21	ROU...	AFN	M	21	VII/58		Extra- systoles polymorphes		
22	VAC...	AFN	M	20	IX/58	SD			
23	VIG...	AFN	M	20	XII/58			+	
24	AUR...	AFN	M	20	XI/59				
25	BAB...	AFN	M	20	V/59	Frottement péricardique			
26	BID...	AFN	M	20	V/59	SSB			
27	CAL...	HMID	M	21	II/59				
28	DEB...	HP	M	20	X/59	SSB			X
29	GRA...	HP	M	20	V/59				
30	GRO...	HMID	M	20	XII/59				
31	TAU...	HP	M	21	IV/59	Myocardite aiguë	Aspect r S r'	+	
32	JAS...	AFN	M	20	VII/59				
33	LAF...	AFN	M	20	XII/59	SS d'IM			
34	LAC...	HP	M	20	XII/59	Diastole suspecte			
35	LEC...	HMID	M	20	V/59	SSP	r S r' en V ₁ V ₂ V ₃ V ₄	+	X
36	LIE...	AFN	M	20	I/59	SSB			
37	LOP...	AFN	M	27	III/59	SSP			
38	MER...	HP	M	20	VII/59				
39	MOR...	HMID	M	21	VI/59				
40	SAV...	HMID	M	20	III/59				

Délai d'appli- cation du traitement	Durée de la cortico- thérapie	Dose initiale Δ -cortisone	Incidents	Etat du cœur à la fin du traitement	Expertise Médico-Militaire	En définitive	Recul
3 j	91 j	50 mg		CN		CN	3 mois
12 j	28 j	40 mg		IA	IA	IA *	8 ans
	32 j	Cortisone 200 mg		CN	CN	CN	4 mois
	21 j	40 mg		SSB	CN	CN	6 mois
3 j	69 j	40 mg		SS anorg.	SS anorg.	CN	3 mois
3 j	31 j	30 mg		SS à suivre	SS à suivre	CN	6 ans
3 j	80 j	30 mg		CN		CN	1 mois
	53 j	40 mg		CN		CN	1 mois
8 j	35 j	60 mg		SS anorg.	CN	CN	4 mois
4 j	33 j	Triamcinolone 8 c		CN		CN	2 mois
	32 j	50 mg		SD	Dristole très suspecte	IA *	6 mois
	40 j	Aspirine 2 g + 30 mg		CN	CN	CN	6 ans
	38 j	40 mg		SSP	IM	IM *	6 ans
11 j	32 j	Triamcinolone		CN		CN	3 mois
6 j		30 mg		SSP	SSP	RM *	6 ans
	52 j	40 mg	Virage de cuti-réaction	CN	SS Meso C. et Basal	CN	6 mois
		40 mg		SS IA probable	SS Diastole libre	CN	6 ans
3 j	47 j	30 mg		SS anorg.		CN	2 mois
		Medrol		IA		IA *	4 mois
21 j	90 j	Salicylate 10 j puis 50 mg		IA	IA	IA *	1 an

	Nom	Hôpital d'origine	Sexe	Age	Début du RAA	Auscultation	E C G		Rebond
							Autres anomalies	Espace PR	
41	SCI...	HMID	M	20	VI/59			+	
42	SUR...	AFN	M	20	V/59				
43	BOY...	HMID	M	20	VI/60	Frottement péricardique			
44	COR...	AFN	M	21	II/60	Fuite aortique	BBD		
45	DEL...	HMID	M	20	IV/60				
46	DES...	HMID	M	20	VI/60				
47	DET...	AFN	M	20	XI/60				
48	DUM...	HMID	M	20	IV/60				
49	GA...	HMID	M	20	VII/60				
50	GUI...	HMID	M	20	V/60	SS gros cœur		+	
51	LON...	AFN	M	21	II/60				
52	MOR...	HP	M	21	V/60	SSP			
53	POC...	HMID	M	20	IV/60			+	
54	RAB...	HP	M	20	IX/60	SSP			
55	RAY...	HP	M	20	III/60			+	
56	RAY...	HMID	M	20	VI/60	SS	BBD		
57	RIF...	HP	M	20	V/60	Double souffle de base			
58	SHI...	AFN	M	21	V/60	SD			
59	VIE...	HP	M	20	I/60	SSP	Arythmie extra-syst.		
60	BAB...	HP	M	20	XI/61	SSB			

Délai d'appli- cation du traitement corticoïde	Durée de la cortico- thérapie	Dose initiale Δ -cortisone	Incidents	Etat du cœur à la fin du traitement	Expertise Médico-Militaire	En définitive	Recul
2 j	34 j	30 mg		SS anorg.	SS anorg.	CN	2 mois
10 j	27 j	40 mg		IA	IA	IA *	2 ans
	32 j	60 mg		SD	SD	IA *	2 mois
14 j	42 j	Triamcinolone 48 mg		CN	CN	CN	2 mois
6 j	33 j	30 mg		CN		CN	1 mois $\frac{1}{2}$
4 j	26 j	40 mg		SSP	SS anorg.	CN	6 mois
	36 j	50 mg		IA		IA * RM * ?	2 mois
4 j	34 j	40 mg		CN	CN	CN	5 ans
2 j	43 j	40 mg		CN		CN	2 mois
	83 j	70 mg		CN	CN	CN	5 ans
5 j	31 j	50 mg		SD		IA * + RA ?	5 mois
3 j		Cortisone 200 mg		CN	IM	IM * + RM	4 ans
5 j	36 j	40 mg		CN		CN	15 jours
5 j	31 j	30 mg		CN		CN	1 mois
1 j	31 j	Aspirine 1,5 g + 40 mg		CN		CN	1 an
5	31 j	30 mg		SS		SS ?	2 mois
	33 j	Triamcinolone 6 c		IA	IA	IA *	6 mois
12 j	40 j	50 mg		CN	CN	CN	7 mois
2 j	30 j	Dinuclan 4 cmp + 30 mg		CN		CN	7 mois
2 j	21 j	40 mg	Arrêt du traitement Douleurs épigast.	CN		CN	1 mois

	Nom	Hôpital d'origine	Sexe	Age	Début du RAA	Auscultation	E C G		Rebond
							Autres anomalies	Espace PR	
61	BIG...	HP	M	21	IV/61				X
62	CAR...	HMID	M	36	VI/61	SS anorg.			
63	COC...	HP	M	20	XI/61	SSB			
64	FAY...	HMID	M	21	III/61	SS			X
65	FOU...	AFN	M	20	V/61				
66	GRE...	AFN	M	20	V/61	SS apexo axillaire			
67	GRZ...	HMID	M	20	III/61	SSP			X
68	JUB...	HP	M	20	V/61			+	
69	LEF...	HMID	M	20	VI/61	SSP			
70	MEU...	HP	M	20	II/61				
71	MER...	HP	M	20	IV/61				
72	VIA...	HMID	M	20	VII/61	SS			
73	BAS...	HP	M	20	XI/62	SD ?			
74	BIS...	AFN	M	20	XII/62				
75	BOU...	HMID	M	14	XII/62				
76	BOU...	HP	M	21	XII/62	SSP			
77	CAN...	HMID	M	20	II/62	SS endap.			
78	CEL...	HMID	M	20	XI/62			+	
79	DOY...	HP	M	20	IV/62	SSB			
80	DUM...	HMID	M	20	IV/62	SSP			

Délai d'application du traitement corticoïde	Durée de la corticothérapie	Dose initiale Δ -cortisone	Incidents	Etat du cœur à la fin du traitement	Expertise Médico-Militaire	En définitive	Recul
1 j	32 j	40 mg		CN		CN	4 mois
7 j	63 j	Butazolidine 400 mg		CN		CN	4 mois
2 j	49 j	Aspirine 4 c + 50 mg		SSB	SSB	SSB ?	6 mois
3 j	51 j	50 mg		CN		CN	6 mois
	42 j	70 mg		CN		CN	4 mois
19 j	31 j	30 mg		SSP	possibilité d'atteinte de la Valv-Mit	IM *	3 mois
9 j	61 j	30 mg		SSP	IM ?	CN ?	1 mois
2 j	43 j	40 mg		SS		SS	6 mois
9 j	41 j	30 mg		CN		CN	4 mois
4 j	63 j	40 mg		SSP	IM	IM *	4 mois
4 j	27 j	30 mg		CN		CN	3 mois
2 j	37 j	40 mg		CN	SS	CN	4 ans
	31 j	40 mg		SD	IA	IA *	7 mois
3 j	51 j	70 mg		CN		CN	6 mois
8 j	21 j	30 mg		CN		CN	4 ans
2 j	25 j	50 mg		Auscultation suspecte à la pointe	auscultation suspecte à la pointe	CN	4 mois
6 j	42 j	40 mg		SSP	IM *	CN	3 ans
10 j	34 j	40 mg		CN		CN	3 mois
	42 j	Aspirine 4 c + 40 mg		CN		CN	3 mois
4 j	44 j	40 mg		CN		CN	2 mois 1/2

	Nom	Hôpital d'origine	Sexe	Age	Début du RAA	Auscultation	E C G		Rebond
							Autres anomalies	Espace PR	
81	FON...	AFN	M	20	XII/62	SS endap.			
82	MEC...	HP	M	21	VIII/62				
83	ROU...	AFN	M	21	IX/62				
84	TOU...	HMID	M	20	III/62	SS endap.			
85	VAU...	AFN	M	20	XII/62				
86	VEY...	AFN	M	20	VII/62				
87	VIA...	HP	M	20	III/62	Double souffle de B.			
88	VIL...	AFN	M	21	III/62	SSP		+	
89	VUI...	AFN	M	20	III/62				
90	TAI...	AFN	M	20	VIII/62				
91	BEL...	HMID	M	18	V/63	SSP			
92	BOI...	HMID	M	20	II/63	SS endap.			
93	BOU...	AFN	M	21	IX/61				
94	BRE...	AFN	M	20	XI/62				X
95	BR...	HMID	M	16	VII/63	Frottement péricardique		+	
96	CAV...	HMID	M	20	IV/63	SS Méso c.		+	
97	CHA...	AFN	M	20	VIII/63				X
98	CLA...	AFN	M	20	VII/63	SSP			
99	DEL...	HMID	M	20	IV/63			+	
100	DOC...	HMID	M	21	II/63	SD ?			

Délai l'appli- cation du traitement corticoïde	Durée de la cortico- thérapie	Dose initiale Δ -cortisone	Incidents	Etat du cœur à la fin du traitement	Expertise Médico-Militaire	En définitive	Recul
2 j	48 j	40 mg		SS apex. ax.	SS apex ax.	CN	3 ans
	37 j	40 mg		SS		SS ap. CN	2 mois
2 j	41 j	40 mg		CN	CN	CN	5 mois
	45 j	40 mg		CN		CN	2 mois
4 j	34 j	80 mg		CN	CN	CN	5 mois
5 j	38 j	50 mg		CN	CN	CN	7 mois
7 j	52 j	80 mg		CN	CN	CN	3 ans
3 j	34 j	30 mg		SS	SSO	SSO *	5 mois
10 j	42 j	60 mg		CN	CN	CN	3 mois
10 j	28 j	50 mg		SSP	IM	IM * + RM ?	4 mois
5 j	36 j	30 mg		CN		SS apex CN	4 mois
3 j	36 j	40 mg		CN		CN	5 mois
Plusieurs rechutes				CN		CN	4 ans
	68 j	40 mg		CN		CN	2 mois
	51 j	50 mg		CN		CN	4 mois
	49 j	40 mg		CN	CN	CN	6 mois
13 j	120 j	70 mg		CN	CN	CN	3 ans
20 j	34 j	60 mg		CN		CN	4 mois
4 j	40 j	40 mg		CN		CN	4 mois
	45 j	40 mg		CN		CN	8 mois

	Nom	Hôpital d'origine	Sexe	Age	Début du RAA	Auscultation	E C G		Rebond
							Autres anomalies	Espace PR	
101	DUB...	HMID	M	20	IV/63		BBDI	+	
102	GON...	HMID	M	21	V/63				
103	GRA...	HMID	M	20	IV/63		E. syst. auriculaires	+	
104	HUD...	HMID	M	20	IV/63		Dissociation A.V		×
105	MAR...	HMID	M	21	IV/63			+	
106	MON...	HMID	M	20	IV/63	SS endap.		+	
107	PAR...	HP	M	20	XII/63	SSP			
108	PAT...	AFN	M	21	I/63	S. Télés. de P			
109	PIR...	HP	M	20	III/63	SS Méso C.			
110	SAC...	HP	M	20	IV/63				
111	SCH...	HP	M	20	III/63				×
112	SKI...	HP	M	21	IV/63	SS anorg.			
113	VAL...	HP	M	20	VII/63				
114	VAL...	HMID	M	21	V/63	SSP		+	
115	VIA...	HP	M	20	V/63			+	
116	BLA...	AFN	M	20	IX/63	SS anorg.			×
117	GAR...	AFN	M	21	XII/63				
118	GUY...	AFN	M	20	XII/63	SSP			
119	BAJ...	AFN	M	21	VII/63				
120	BAR...	HMID	M	20	XII/64			+	

Délai d'appli- cation du traitement corticoïde	Durée de la cortico- thérapie	Dose initiale Δ-cortisone	Incidents	Etat du cœur à la fin du traitement	Expertise Médico-Militaire	En définitive	Recul
1 j	43 j	50 mg		SS discret	Eréthisme cardiaque	CN	5 mois
	53 j	50 mg		CN	CN	CN	6 mois
3 j	42 j	50 mg		SS d'éject. pulmon.		CN	6 mois
5 j	46 j	40 mg		CN		CN	8 mois
	31 j	40 mg		SS apex.	CN	CN	2 mois $\frac{1}{2}$
2 j	47 j	50 mg		CN	CN	CN	9 mois
8 j	36 j	Triamcinolone 32 mg + Aspirine 4 g	Douleurs épigastriques	CN		CN	5 mois
6 j	53 j	40 mg		CN		CN	4 mois
3 j	60 j	Aspirine 2 suppos. + 40 mg		CN		CN	3 mois
	40 j	40 mg		Eréthisme simple	CN	CN	5 mois
5 j	30 j	40 mg + Aspirine 4 g		CN		CN	1 mois
3 j	24 j	40 mg Aspirine 2 g		CN		CN	4 mois
3 j	45 j	40 mg		CN		CN	3 mois $\frac{1}{2}$
14 j	48 j	40 mg		SSP	SSP suspect d'organicité ?	SSP ?	6 mois
3 j	53 j	Triamcinolone		CN		CN	6 mois
9 j	60 j	30 mg		CN	CN	CN	3 ans
12 j	50 j	40 mg		CN	CN	CN	3 ans
7 j	44 j	40 mg		SS endap.	CN	CN	3 ans
	49 j	40 mg		CN	CN	CN	3 ans
4 j	37 j	40 mg		CN	CN	CN	5 mois $\frac{1}{2}$

	Nom	Hôpital d'origine	Sexe	Age	Début du RAA	Auscultation	E C G		Rebond
							Autres anomalies	Espace PR	
121	BRU...	HMID	M	21	V/64				
122	GOD...	HMID	F	14	I/64				
123	GUI...	HMID	M	20	XII/64			+	
124	HAD...	HMID	M	20	V/64				
125	JOU...	HMID	M	25	VI/64				
126	MOU...	HP	M	20	III/64			+	
127	PET...	HMID	M	20	VII/64				
128	VIO...	HMID	M	20	V/64		Périodes de Luciani Wenckeback		
129	FRA...	HMID	M	20	II/65				
130	MAU...	HMID	M	20	VI/65	SS endap.		+	
131	RAI...	HMID	M	20	IX/65	SSB		+	
132	SER...	HP	M	20	V/65				
133	VAN...	HMID	M	20	IV/65	SSP		+	
134	VAI...	HP	M	20	IV/65	SSP		+	
135	BEL...	HP	M	21	IV/66				
136	CRO...	HMID	M	20	II/66	SS apex.			
137	DAL...	HMID	M	20	I/66	SSP			
138	GIR...	HP	M	20	II/66	SS Méso c.			
139	MAG...	HP	M	21	II/66	SS apex.		+	
140	MOR...	HMID	M	20	V/66				

Délai d'appli- cation du traitement corticoïde	Durée de la cortico- thérapie	Dose initiale Δ-cortisone	Incidents	Etat du cœur à la fin du traitement	Expertise Médico-Militaire	En définitive	Recul
6 j	44 j	40 mg		CN	CN	CN	6 mois
19 j	36 j	40 mg		SSP		IM *	6 mois
7 j	35 j	50 mg		CN		CN	1 mois ½
	46 j	Betnesol 12 c		CN	CN	CN	6 mois
5 j	51 j	40 mg		CN	SS anorgan.	CN	2 mois
7 j	34 j	Aspirine 2 g + 30 mg		CN	CN	CN	3 mois
3 j	45 j	40 mg		CN	CN	CN	1 mois
10 j	46 j	40 mg		SSB	SS semblant anorganique	IM *	3 mois
2 j	60 j	30 mg		SSB anorg.		CN	2 mois
4 j	52 j	50 mg		CN	CN	CN	4 mois
4 j	45 j	40 mg		CN	IA	IA *	1 an
	48 j	30 mg		CN		CN	4 mois
3 j	42 j	40 mg		CN	CN	CN	3 mois
2 j	59 j	50 mg		CN	CN	CN	3 mois
2 j	21 j	30 mg		IM séquellaire probable		IM *	6 mois
14 j	54 j	60 mg		CN		CN	3 mois
10 j	31 j	40 mg		SS anorg.		CN	2 mois
7 j	50 j	40 mg		CN		CN	5 mois
3 j	69 j	40 mg		SSP irradiant ds aisselle	IM RM ?	IM *	4 mois
4 j	59 j	30 mg		CN		CN	2 mois

RÉCIDIVES

NOTE :

Colonne : « Première crise » = dans les cas de crises antérieures répétées l'âge indiqué correspond à la dernière crise.

	Nom	Hôp. d'ori- gine	Sexe	Age	Aoe Pre- mière crise	Début de la récidive	Auscultation	E C G		Rebon
								Autres Anomalies	Espace PR	
1	DES...	AFN	M	20	12 a	XI/56				
2	MAZ...	HMID	M	21	16 a	X/56	Diastole suspecte			X
3	NED...	AFN	M	20	16 a	XI/56				X
4	SAN...	AFN	M	20	17 a	XII/56				
5	DUF...	AFN	M	23	20 a	III/57				
6	SAN...	AFN	M	20	15 a	VII/57	Frottement péricard	Tracé de Péricard		
7	GIR...	AFN	M	20	12 a chorée	I/58				
8	LON...	HP	M	20	18 a	XII/58		Bi-géminisme par E.S. auriculaires		X
9	NOV...	AFN	M	20	14 a	XI/58				
10	ARR...	AFN	M	20	14 a	IV/59				X
11	FON...	HMID	M	21	14 a	XI/59				
12	LEL...	AFN	M	20	16 a	II/59		Auricular Stanstill		
13	MAI...	AFN	M	20	5 a	II/59	Cardite très sévère			
14	PAL...	HMID	M	20	18 a	V/59			+	
15	RES...	AFN	M	20	11 a	V/59				
16	REG...	HMID	M	20	16 a	VI/60	SSB			
17	MER...	HMID	M	20	5 a	VI/60			+	
18	SIR...	AFN	M	20	15 a	I/60				X
19	VIA...	HP	M	21	19 a	II/60				
20	BAR...	HMID	M	20	5 a	II/61			+	

Délai d'application	Durée	Dose initiale Δ -cortis.	Incidents	Etat du cœur à la fin du traitement	Expertise Médico-Militaire	En définitive	Recul
4 j	19 j	Cortisone 350 mg	Glycosurie	A revoir pour auscultation	IA	IA *	6 mois
10 j	45 j	Salicylate 10 jours puis ACTH 150 mg		CN	CN	Augmentation du VG pas de souffle	8 ans
5 mois de traitement				IA	IA + RM ?	IA *	6 mois
2 j		40 mg		SD + SS d'accompagnement	IA	IA *	6 mois
3 j	40 j	40 mg	Erytheme polymorphe	CN	CN	CN	5 mois
7 j	36 j	Cortisone 250 mg	Epigastalgies	CN		CN	7 mois
3 j		40 mg		IA	IA	IA *	7 ans
1 j	30 j	30 mg		SSB	SSB	CN	3 mois
1 j	45 j	40 mg		CN		CN	2 mois
	77 j	60 mg		IM + IA	IM + IA	IM + * IA	6 ans
	31 j	30 mg		SS		CN	3 mois
3 j	19 j	50 mg		CN		CN	4 mois
3 j	40 j	Salicylate + 30 mg		CN		CN	3 mois
11 j	40 j	30 mg	Virage de cuti-réaction	CN		CN	3 mois
	50 j	Pyrocatechol		CN	CN	CN	6 mois
7 j	60 j	50 mg		SD	IA RM ?	IA *	3 mois
3 j	36 j	40 mg		CN		CN	6 mois
5 j	45 j	60 mg		CN		CN	2 mois
6 j	41 j	40 mg		CN		CN	2 mois $\frac{1}{2}$
7 j	52 j	40 mg		CN	CN	CN	6 mois

	Nom	Hôp. d'ori- gine	Sexe	Age	Age Pre- mière crise	Début de la récidive	Auscultation	E C G		Rebon
								Autres Anomalies	Espace PR	
21	BRU...	AFN	M	20	19 a	IX/61	SSP		+	
22	GIR...	HMID	M	21	15 a	VII/61			+	
23	BOU...	AFN	M	20	17 a	VIII/62	S Holo Syst.			
24	FAB...	AFN	M	20	20 a	VII/62	SSP			
25	HAR...	HP	M	20	14 a	IV/62	SS endap.			
26	JOB...	HP	M	20	16 a	VIII/62	SSP			
27	LIN...	HP	M	21	15 a	II/62				
28	PHI...	HP	M	20	Chorée et RAA	VI/62				
29	SEG...	AFN	M	20	18 a	VI/62	SS Méso C.			
30	FAV...	HMID	M	21	6 a	III/63	SS	Bradycardie Sinusale		
31	GAU...	HP	M	20	18 a	VI/63				X
32	GUE...	HMID	M	20	15 a	V/63	SS apex		+	
33	BOU...	HP	M	20	16 a	II/63	SSB			
34	BOR...	AFN	M	20	19 a	I/63			+	
35	LAM...	HMID	M	20	15 a	I/63				X
36	LAY...	HMID	M	20	14 a	II/63	SSP	Bradycardie Sinusale		
37	PEL...	HP	M	20	16 a	II/63				X
38	VER...	HMID	M	21	18 a	VI/63	SS apex			
39	CON...	HMID	M	20	9 a	V/64	IA ?			
40	GEN...	AFN	M	21	9 a	I/64		W.P.W.		

Délai d'application	Durée	Dose initiale A-cortis.	Incidents	Etat du cœur à la fin du traitement	Expertise Médico-Militaire	En définitive	Recul
3 j	44 j	40 mg		CN	CN	CN	3 ans
10 j	44 j	40 mg		erethisme CV	Erethisme CV	IA *	3 ans
8 j	52 j	30 mg		IM	IM RM ?	IM + * RM	3 ans
6 j	38 j	30 mg		IM	IM RM ?	IM + * RM	3 ans
15 j	41 j	40 mg	Ulcère du bulbe	CN	CN	CN	14 mois
10 j	44 j	40 mg		CN		CN	5 mois
Plusieurs rechutes				CN		CN	6 mois
	21 j	40 mg		SSP	IM	IM *	6 mois
	49 j	50 mg		SS anorg.	SS anorg.	CN	3 ans
	33 j	40 mg		CN		CN	1 mois
3 j	46 j	30 mg				CN	7 mois
	49 j	Triam-cinolone 6 c.		CN	CN	CN	1 mois
2 j	50 j	40 mg + aspirine 4 g		IM	IA + IM	IA + IM *	3 ans
	40 j	80 mg puis phé-nyl but.	Glycosurie	SS apex		IM *	3 ans
11 j	55 j	40 mg		CN		CN	3 mois
8 j	28 j	40 mg	Gastralgies	CN		CN	3 mois
4 j	42 j	40 mg	Brûlures Epigast.	SS apex ?	SS apex organique ?	CN ?	4 mois
5 j	48 j	30 mg		CN	CN	CN	4 mois
7 j	44 j	40 mg		IA	IA	IA *	1 an
2 j	39 j	40 mg		CN		CN	5 mois

	Nom	Hôp. d'ori- gine	Sexe	Age	Age Pre- mière crise	Début de la récidive	Auscultation	E C G		Rebond
								Autres Anomalies	Espace PR	
41	MAR...	HMID	M	20	16 a	II/64	SSP			
42	PAI...	AFN	M	20	18 a	VII/64	SD			
43	QUE...	AFN	M	21	12 a	I/64	SS Méso C.			
44	ROI...	HP	M	20	19 a	III/64				
45	ROU...	HMID	M	21	7 a	VI/64				
46	SHI...	HMID	M	27	27 a	IV/64				
47	TAB...	HP	M	21	13 a	IV/64				
48	GRA...	HP	M	20	13 a	II/65				
49	KUB...	HMID	M	21	14 a	IV/66				
50	MER...	HP	M	20	12 a	VIII/65	Péricardite			

Délai d'application	Durée	Dose initiale Δ-cortis.	Incidents	Etat du cœur à la fin du traitement	Expertise Médico- Militaire	En définitive	Recul
14 j	42 j	40 mg		IA	IA + signes de pointe	IA *	3 mois
5 j	58 j	40 mg	Visage Lunaire	IA	IA + SS d'accompa- gnement	IA *	9 mois
3 j	40 j	70 mg		CN	CN	CN	1 an
	31 j	20 mg		CN	CN	CN	1 an
2 j	45 j	80 mg		SSP	SS anorg.	CN	2 ans
Plusieurs rechutes				CN		CN	1 an
4 j	41 j	Aspirine + 40 mg		IA	IA	IA *	7 mois
	50 j	30 mg		IA		IA *	2 mois
	48 j	40 mg	Dermatose erythéma- teuse	IA	IA	IA *	2 mois
6 j	21 j	Triam- cinolone 6 c.				CN	5 mois

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

PRIMO - INVASIONS

Hôpital d'origine	IA	IM	RM	Valvulo-pathie complexe	Nombre de valvulo-pathies	Nombre de malades	% de valvulo-pathies
HMD	5	2	2		9	58	15,51
HP	3	3		1	7	35	20
AFN	5	4	1	3	13	47	27,65
Total	13	9	3	4	29	140	20,71

RÉCIDIVES

Hôpital d'origine	IA	IM	RM	Valvulo-pathie complexe	Nombre de valvulo-pathies	Nombre de malades	% de valvulo-pathies
HMD	5				5	17	29,41
HP	2	1		1	4	13	30,76
AFN	5	1		3	9	20	45
Total	12	2		4	18	50	36

CHAPITRE VII

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

I. — ANALYSE DES RÉSULTATS

A) **Appréciation générale :**

Globalement, les chiffres de séquelles valvulaires s'élèvent à 36 % dans les cas de récidives et à 20,71 % dans les cas de primo-invasions. Ces chiffres n'ont qu'un intérêt documentaire car il apparaît dès l'abord, que le pourcentage élevé de séquelles valvulaires dans la série des malades rapatriés sanitaires d'Afrique du Nord (27,65 % pour les PI, 45 % pour les récidives vient donner à la statistique une allure nettement pessimiste. Or, nous l'avons déjà signalé, ces malades ont généralement présenté des formes cliniques assez sévères pour que soit motivé leur rapatriement : dans les cas de primo-invasions « A.F.N. », sur 47 malades, 25 ont eu une auscultation cardiaque modifiée au moment de leur crise (soit plus de 50 %). On note en effet trois frottements péricardiques, un bruit de galop, douze souffles systoliques de pointe, deux souffles systoliques de base, deux souffles systoliques endapexiens et cinq souffles diastoliques (l'un d'eux est qualifié de fuite diastolique). Par la suite dans ce groupe de 25 malades on relève dix séquelles valvulaires (quatre insuffisances aortiques, cinq insuffisances mitrales et un rétrécissement mitral).

A un degré moindre, il faut également être prudent sur l'appréciation des chiffres concernant la série des sujets traités primitivement dans les hôpitaux périphériques (20 % pour les PI, 30,76 % pour les récidives). On conçoit facilement que les malades de ces hôpitaux n'aient pas toujours été envoyés dans les services de médecine générale de l'hôpital Desgenettes, dans les cas de formes mineures sans cardite (la réserve étant faite qu'il n'y a pas de petits rhumatismes articulaires aigus).

Beaucoup plus instructive est la série de malades vue d'emblée dans le service. Cette série nous servira de référence dans une étude comparative envisagée plus loin.

B) Fréquence respective des séquelles valvulaires :

— Dans le groupe des primo-invasions :

L'insuffisance aortique vient en tête. Nous en relevons treize cas. Cette prédominance de l'insuffisance aortique est également notée par CAMELIN et coll. ; par contre, ABLARD et LARCAN trouvent une prédominance de l'insuffisance mitrale. Nous trouvons ensuite neuf insuffisances mitrales, trois rétrécissements mitraux et quatre valvulopathies complexes (9, 47, 51, 52).

— Dans le groupe des récidives :

L'insuffisance aortique est encore et de loin la séquelle valvulaire la plus fréquemment notée : 12 cas. Viennent ensuite quatre valvulopathies complexes (10, 23, 24, 33), et seulement deux insuffisances mitrales.

N.B. - Si l'insuffisance aortique ou le rétrécissement mitral ne posent pas de problème de diagnostic, il n'en est pas de même du souffle systolique d'insuffisance mitrale : qualifié tantôt de souffle anorganique, tantôt de souffle systolique d'accompagnement, il peut après quelques semaines, mois ou années, disparaître. Il peut aussi réapparaître à l'occasion d'une crise rhumatismale nouvelle. Il peut enfin faire place à des signes secondaires de sténose mitrale.

II. — ANALYSE CRITIQUE DE LA THÉRAPEUTIQUE

Indépendamment de la notion d'origine, de la sévérité plus ou moins grande de la crise initiale, il apparaît nécessaire de voir si, à l'origine de certaines valvulopathies, on ne peut incriminer (partiellement sans doute) un facteur thérapeutique.

Analysons le tryptique suivant : dose initiale, délai de mise en route, durée du traitement.

1) Les doses initiales.*

— 23 malades n'ont reçu comme dose initiale que 30 milligrammes de delta-cortisone: dans ce groupe de malades on relève par la suite 7 valvulopathies séquellaires (soit 30, 43 %). Précisons que sur ces 23 malades seulement 6 appartiennent à la série « H.M.I.D. » (sur ces 6 cas on relève une seule séquelle : un rétrécissement mitral (N° 35).

— 27 malades ont reçu au moins 50 mg comme dose initiale. On relève 5 séquelles (soit 18,5 %).

— 63 malades ont reçu une dose intermédiaire : 40 mg. Le pourcentage de séquelles valvulaires est ici de 19,05 %).

On ne note donc pas de différence significative entre les deux derniers groupes. Par contre, la différence est nette entre le premier groupe et les deux autres. Sans vouloir établir une équation rigoureuse entre la dose administrée et les résultats thérapeutiques obtenus, il nous semble toutefois, à la lumière de ces chiffres, qu'il faille insister sur la nécessité d'une dose suffisante. Cette dose-seuil se situerait à 40 mg.

2) Le délai de mise en route.*

Dans un certain nombre de cas la notion de délai de mise en route n'a pu être retrouvée ou n'est qu'hypothétique. A priori et en vertu même des raisons que nous avons déjà données, on peut considérer que, dans la quasi totalité des cas, ce délai fut relativement court.

Quoiqu'il en soit, et pour les chiffres dont nous sommes certains, l'analyse met en évidence l'intérêt d'un traitement rapidement instauré.

délai supérieur ou égal à 10 jours : 27 malades	8 séquelles
délai inférieur à 10 jours : 83 malades	8 séquelles

3) La durée du traitement :

Cette composante est beaucoup plus difficile à analyser, la durée de la thérapeutique étant fonction de la gravité plus ou moins grande de la maladie, de l'existence ou non d'un rebond...

* Les chiffres analysés concernent exclusivement les primo-invasions.

Toutefois, la notion d'un traitement écourté peut expliquer dans deux cas (série H.P.) la création d'une valvulopathie (N° 135, PI, N° 28 récidives).

N.B. - Nous n'envisagerons pas l'étude de la chronologie d'apparition des souffles en raison de renseignements parfois insuffisants. Si, dans de nombreux cas, un souffle systolique (significatif ou non) est noté avant la mise en œuvre du traitement, on a pu constater également la survenue de souffles sous-thérapeutiques dans une proportion relativement élevée.

III. — ÉTUDE COMPARATIVE

- HOLLISTER et ENGLEMAN opposent le pourcentage des séquelles valvulaires chez l'enfant (60 %) et chez l'adulte (18 %). Pour BARBER, dont la statistique fait également état d'un recul suffisant, la fréquence des séquelles valvulaires lointaines de la primo-invasion de l'adulte est évaluée à 18,4 %. ABLARD et LARCAN, dans une série de 522 cas dénombrent 61 valvulopathies, soit 11,6 %. Mais leur recul n'est que de 3 à 6 mois.

Si nous comparons le seul chiffre comparable pour les raisons précitées le pourcentage de 15,51 % de séquelles valvulaires des primo-invasions apparaît donc comme intermédiaire.

- Nous n'avons pas de série de comparaison avec d'autres traitements. Il est toutefois intéressant de confronter nos résultats avec ceux obtenus dans le même service il y a plus de dix ans. Le même problème des séquelles valvulaires a fait l'objet de la thèse de ROSSET B. inspirée par CAMELIN en 1952. Elle portait sur 155 maladies de Bouillaud (85 primo-invasions et 70 récidives) traitées par les salicylés. Tous les cas étudiés dans cette thèse avaient été vus d'emblée dans le service de médecine générale de l'H.M.I.D., aussi nous ne comparerons que la série correspondante (série « H.M.I.D. ». Le pourcentage des séquelles valvulaires enregistré était alors de 14 % dans les cas de primo-invasion et de 50 % dans les cas de récidive.

Si l'on tient compte du fait que le recul semble nettement inférieur dans la thèse concernant les salicylés, on peut donc conclure approximativement à un résultat identique en ce qui concerne les

primo-invasions et à un résultat nettement en faveur de la corticothérapie dans les cas de récidence.

IV. — LE PROBLÈME DE LA TOLÉRANCE

Les incidents en rapport avec le traitement corticoïde, pourtant plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant, apparaissent peu nombreux et bénins dans les trois séries, de toute façon sans aucune commune mesure avec ceux décrits par certains auteurs américains.

Moyennant le respect des contre-indications classiques, l'adjonction des prescriptions médicamenteuses habituelles, corollaire de tout traitement corticoïde, le traitement est dans l'ensemble parfaitement toléré.

Il est de plus d'un` maniemment extrêmement aisé, avantage considérable par rapport aux thérapeutiques antérieures. Ce confort apporté par le traitement hormonal a malheureusement une contre-partie : le malade, soulagé rapidement, par la thérapeutique, a tendance à négliger le repos prolongé, facteur pourtant indispensable dans la prévention des séquelles cardiaques.

CONCLUSIONS

La place acquise par la corticothérapie dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu n'est actuellement plus discutée. Par contre son efficacité dans la prévention des séquelles cardiaques de cette affection reste l'objet de litiges. Une revue de la littérature permet de mesurer les différents courants d'opinion dans ce domaine.

Après avoir dépouillé 500 observations de maladies de Bouilaud traitées dans le service de médecine de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes à Lyon depuis 1957, nous avons retenu 190 malades ayant présenté 140 fois une primo-invasion, 50 fois une récurrence, traités par corticothérapie et revus avec un recul suffisant pour juger de l'apparition ou de la persistance d'une valvulopathie, réalisant des groupes de sujets assez homogènes.

Le pourcentage global de valvulopathies est de 36 % dans les récurrences, 20,71 % dans les primo-invasions, mais tombe à 29,41 % et 15,51 % pour les seuls malades traités uniquement dans notre service, et non vus après des évacuations secondaires.

Les résultats de la thérapeutique sont fonction

- de la posologie initiale adoptée qui doit être supérieure à 40 milligrammes de delta cortisone pour un adulte.
- du délai de mise en route du traitement qui doit être le plus rapide possible.
- de la durée du traitement.

Les résultats obtenus sont comparables à ceux des statistiques antérieures prises pour référence chez les adultes.

On peut donc conclure que la corticothérapie représente un traitement de choix du rhumatisme articulaire aigu, lui supprime tout caractère de gravité, mais ne saurait en prévenir les séquelles valvulaires qui restent une très lourde menace.

VU, le Doyen :

J.F. CIER.

Le Président de la Thèse,

A. GONIN.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 23 Novembre 1966

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. LOUIS.

CHOIX BIBLIOGRAPHIQUE

ABLARD G., LARCAN A., HURIET C., GILGENKRANTZ J.M. et GIRERD C. — La place de la phényl butazone dans le traitement actuel de la maladie de Bouillaud. *Presse Méd.*, 62, 1865, 1954.

ABLARD G., LARCAN A., GILGENKRANTZ J.M. et WELFRINGER A. — Les données électrocardiographiques au cours du rhumatisme articulaire aigu de l'adulte. *Actualités Cardiol.*, 9, 283, 1960.

ABLARD G. et LARCAN A. — Le rhumatisme articulaire aigu de l'adulte. *Documenta Geigy, Acta Rheumatologica*, N° 20, Bâle, 1964.

ADATTO J. et al. — Rheumatic fever in the adult. *J.A.M.A.* 194 : 1043-8, 6 Déc. 65.

AUBERTIN E. — Le traitement actuel du rhumatisme articulaire aigu. *J. Méd. Bordeaux*, 141, n° 3, 417-432, 1964 (53 réf.).

AUDIER M., SALVANI A. et Mlle PEILLARO. — Notre expérience de la cure sanatoriale du rhumatisme articulaire aigu., *Act. Card. Intern.*, N° 2, p. 133, 1959.

AUDIER M., SALVANI A. et SERRADIMIGNI. — Etude clinique de l'hormonodépendance dans le rhumatisme articulaire aigu. *Arch. Mal. Cœur*, Vol. 55, N° 5, p. 573, Mai 1962.

- AUDIER M., SALVANI A. et SERRADIMIGNI A. — La place des salicylés dans le traitement de la maladie de Bouillaud. Arch. Mal. du Cœur, p. 292-297. 1963.
- BOISSIERE H., CORONE P., CAGNAT R. et TAOUSS R. — Intérêt du traitement d'urgence de la maladie de Bouillaud par la corticothérapie à dose forte pour la prévention des séquelles cardiaques. Ann. Péd. (suppl. Sem. Hôp. Paris), **42**, n° 16/4, 999/p. 279-1009/p. 289, 2 Av. 1966 (Bibliog.).
- BUZACOUX J. — Pronostic et évolution du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales. Gaz. méd. France, **69**, n° 9, 1521-1528, 10 Mai 1962.
- BOLAND E.W. — Prednisone and prednisolone therapy in rheumatoid arthritis. J. Amer. Med. Ass., **160**, 613, 1956.
- BENHAMOU E., ALBOU A. et AIT-KACIR. — Bilan de quatre ans de traitement de la maladie de Bouillaud par les hormones corticoïdes. Algérie Méd., 59, 761, 1955.
- BERNARD J.G. et COLSON J.A. — La maladie de Bouillaud en milieu militaire. Rev. Cps Santé Milit., **12**, 173, 1956.
- BYWATERS E.G.L. — A controlled trial of hormones and acetylsalicylic acid in the treatment of rheumatic fever dans : GOSLINGS J. et VAN SWAAY H. (ed.). Contemporary rheumatology Congress, la Haye. Scheveningen 1955, Elsevier, Amsterdam, 1956, p. 26.
- BYWATERS E.G.L. et THOMAS G.T. — Bed rest, salicylates and steroid in rheumatic fever. Brit. Med. J., **1**, 1628-1635, 1961.
- BYWATERS E. et THOMAS G.T. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu pendant douze semaines par la cortisone ou les salicylés. Brit. Méd., **2**, 221-223, 1962.
- CAMELIN A., GARNUNG H. et BASTIEN. — Nécessité d'un traitement d'assaut de la primo-invasion de la maladie de Bouillaud. Rev. Rhum., **16**, 119, 1949.
- CAMELIN A. — La maladie de Bouillaud dans l'armée. Rev. Lyon Méd., **2**, 168, 1953.

- CAMELIN A., JUILLET P., ROUMAGOUX J. et GAUBERT Y. — Etude critique des traitements de la maladie de Bouillaud d'après une expérience personnelle de 8 années. Soc. Méd. Milit. Franç. Bull., 48, 253, 1954.
- CHAVEZ J.M. — Contribucion al estudio de la enfermedad reumática en el ejercito. Rev. Sanid. Milit. Perú, 23, 18, 1960.
- CARMICHAEL D.B. — The continuing military problem of rheumatic fever, U.S. armed. Forces Med., J. 7, 399, 1956.
- CHEVALLIER J. — Etude sur la maladie de Bouillaud et son traitement. Monographie de l'Institut National d'Hygiène, N° 9, 124 p. Ministère de la Santé Publique, Paris, 1956.
- CHEVALLIER J. — Etudes sur la maladie de Bouillaud et son traitement. Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 74, 962, 1958.
- CHEVALLIER J. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu. Rev. Rhum., 25, 375-398, 1958.
- CHEVALLIER J. et POINSARD G. — Progrès dans la prévention et le traitement des cardiopathies rhumatismales. Revue du Rhumatisme, 30, N° 1-2, 39-45, Fév. 1963.
- CHWALIBOGOWSKI A. et al. — The value of corticosteroids in the therapy of rheumatic endomyocarditis evaluated after prolonged observation. Rheumatologia (wartz), 3 : 43-8, 1965. Pol.
- CODVELLE, PARAIRE et JACQUIER. Réflexions sur deux cent quarante-huit cas récents de maladie de Bouillaud dans l'armée. Bull. Soc. Méd. Hôp., Paris, 53, 1516, 1937.
- COSTE, DELBARRE F., BASSET G. et CHEVALLIER J. — Etude comparée de l'hormonothérapie corticosurrénale et de la salicylothérapie dans la maladie de Bouillaud. Contemporary Rheumatology, pp. 31-43. J. Goslingset et H. Van Swaay, édit.
- CROSNIER. — Prévention des rechutes du rhumatisme articulaire aigu dans l'armée. Revue des corps de santé, 2, 1, 1961.

CZONICZER G. et al. — Therapy of severe rheumatic carditis comparison of adrenocortical steroids and aspirin. *Circulation*, 29 : 813-9, Jun 1964.

DEBRE R., MOZZICONACCI P., NOUAILLE J., LABESSE J. et CARAMANIAN M.K. — Traitement de la maladie de Bouillaud par la cortisone et l'ACTH. Premiers résultats. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 68, n° 11-12-13, 392-405, 1952.

DORFMAN A. — Treatment of acute rheumatic pancarditis. *Circulation*, 29 : 811-2, Jun 1964.

DORFMAN A., SMULL C., BERGENSTAL D.M., HOWARD R., MULLER R., OLESON D. et SENZ éd. — Action de l'hormone surrénalo-corticotrope sur la fièvre rhumatismale. *Pédiastrics*, 8 : 603, Nov. 1951. *Int. Ped. Med. Dig.*, 60, n° 2, 101-104, Fév. 1952.

FRANÇON François. — Recul de la maladie de Bouillaud (MB). *Arch. Méd. Générale et Tropicale*, 39, 141-145, Août 1962.

FEINSTEIN A.R., ZAGALA G.G. et SPAGNUOLO. — Rapport du pronostic du rhumatisme articulaire aigu avec la sémiologie et la thérapeutique. *Ann. Intern. Méd.*, 57, 563-571, 1962.

FRANCK Ch.W. — Données actuelles sur la pathogénie et le traitement du rhumatisme articulaire aigu. *Am. J. Méd.*, 22 : 422-436, 1957.

FRIEDMAN S., HARRIS T.N. et CADDEL J.L. — Action à distance du traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'ACTH et la cortisone. L'état cardiaque des malades soumis à l'hormonothérapie 5 à 8 ans plus tôt. *J. of Ped.*, 60, n° 1, 55-61, Janv. 1962 (Bibliog.).

FROMENT R., GONIN A., PONT M. et SCHOTT. — Les signes post-rhumatismaux précoces de « sténose mitrale », signes diastoliques mitraux sans sténose orificielle. *Arch. Mal. Cœur*, 39, 281, 1946.

GIRAUD P., ORSINI A., LOUCHET E., GIRAUD F. et DELPUI P. — Etude clinique de 110 cas de rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. *Marseille Méd.*, 102, 683, n° 9, 1965.

GONIN A. — Etude critique des résultats et des indications de l'hormonothérapie (ACTH et cortisone) dans le rhumatisme cardiaque. *Gaz. Hôp.*, 126, n° 6, 124-129, 28 Février 1954.

GOODMAN. — The pharmacological basis of therapeutics. P. 290.

HART F.D. et HUSAIN, O.A.N. — Acute fatal rheumatic fever in adult. *Lancet* I, 1000, 1962.

HECHT M.S., SHELDEN W.E., NOLKE A., HOFSTRA D. et WEST E. — Résultats du traitement du rhumatisme articulaire aigu par la cortisone et l'A.C.T.H. *J. Péd.*, **48**, n° 3, 300-307, 6 tabl., Mars 1956 (Bibliogr.).

HEFFER E.T., TURIN R.D., SLATER S.R. et KROOP I.G. — Valeur des fortes doses de cortisone dans les premières attaques de cardite rhumatismale. *J. Péd.*, 44, n° 6, 630-639, Juin 1954.

HENCH P.S., SLOCUMB C.H., POLLEY H.F. et KENDALL E.C. — Effect of cortisone and pituitary adrenocorticotrophic hormone (ACTH) on rheumatic diseases. *J. Amer. Med. Ass.*, 144, 1327, 1950.

HOUSER H.B., CLARK E.J. et STOLZER B.L. — Comparative effects of aspirin, ACTH and cortisone on the acute course of rheumatic fever in young adults males. *Amer. J. Med.*, **16**, 168, 1954.

IEVLEVA L.V. et al. — Basic results of treating rheumocarditis with different antirheumatic drugs. *Ter Arkh*, 37 : 69-775, Mars 1965. Rus.

ISORNI P. et CHEVALLIER J. — Les deux aspects des cardites rhumatismales. Position du problème. La cardite rhumatismale aiguë. *Presse Méd.*, N° 41, p. 1522-1524, 24 Sept. 1960.

ISORNI et CHEVALLIER. — Les deux aspects des cardites rhumatismales. II. - La cardite rhumatismale chronique. Relations évolutives entre les deux aspects de cardite. *Presse Méd.*, 68, n° 45, p. 1663-1666, 15 Octobre 1960.

ISORNI Ph. et CHEVALLIER J. — Le rebond du rhumatisme articulaire aigu soumis au traitement hormonal; *Presse Méd.*, **68**, 1522 et 1663, 1960.

JEUNE et FAYOLLE. — La prévention des endocardites résiduelles de la maladie de Bouillaud par l'hormonothérapie. *Péd.*, 11, N° 1, 69-77, 1956.

JOHNSON A.L. et FERENCZ C. — The effect of cortisone therapy on the incidence of rheumatic heart disease. *New Engl. J. Med.*, 248, 845-847, 5 tabl., Mai 1953.

JOLY F. et CARAMANIAN. — Etat actuel du rhumatisme cardiaque. *Rev. Prat.* Tome IX, n° 3, p. 259-273, 21 Janvier 1959.

KAMARAS J. et al. — Steroïd treatment in rheumatic fever. *Acta Paediat. Ac. Sci. Hung.* 6 : 359-65, 1965.

KAPLAN M.H., BOLANDE R., RAKITA L. et BLAIR J. — Présence d'immunoglobulines et de complément dans le myocarde dans le rhumatisme articulaire aigu. *New England J. Med.*, 271, 637-645, 1964.

KEMPER J.W., BAGGENSTOSS A.H. et SLOCUMB CH.H. — Rapports du traitement par la cortisone et la fréquence des lésions valvulaires dans le rhumatisme articulaire. *Ann. of Int. Méd.*, 46, n° 5, 831-851, 6 fig., 1 tabl., Mai 1957 (Bibliog.).

KELLEY V.C. — Le traitement par l'ACTH des crises initiales de fièvre rhumatismale aiguë chez l'enfant. *Am. J. Dis. Child.*, 84, n° 2, 151-164, 4 tabl., Août 1952 (Bibliog.).

KELLEY V.C., ELY R.S. et DONE A.C. — Principes et résultats du traitement hormonal dans la fièvre rhumatismale. *Acta cardiol.*, 11^e Congrès mondial de cardiologie, Washington, 12-17 sept. 1954, 9, n° 6, 604. (Résumé des communications).

KROOP I.G. — Le traitement des rhumatismes articulaires aigus par la cortisone à hautes doses. *New-York State J. Med.*, 54, n° 19, 2699-2704, Oct. 1954 (Bibliog.).

KUTTNER A.G. — Etat actuel de la thérapeutique par les stéroïdes dans le rhumatisme articulaire aigu. *Am. Heart J.*, 70, n° 2, 147-149, Août 1965 (Bibliog.).

LUCHERINI T. — Le traitement hormonal de la maladie rhumatismale. *Europa Medica*, n° 1, p. 36-40, Oct. 1962.

MALPAS J.S. et LONDON J. — Rheumatic fever in the young adult. *Ann. Rheum. Dis.*, **19**, 262, 1960.

MARIE J., LEVÊQUE B., CORONE P., DEBEAUCHEZ Cl. et NIZARD J. — Effet de la corticothérapie à dose forte sur la prévention des cardites rhumatismales et de leurs séquelles. Bilan de 40 malades. *Sem. Hôp. Paris, Ann. Péd.*, **40**, 1287, Mai 1964.

MARQUEZY R., DI MATTEO J., BACH CH. et SCHRUB J. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. Action comparée du traitement hormonal et du traitement salicylé. *Sem. Hôp. Ann. Pédiat.*, **32**, n° 20-3, 1115, p. 139, 30 Mars 1956.

MARTY J. et MERIAUX J. — La maladie de Bouillaud. Revue de 100 cas en hôpital maritime. *J. Méd. Bordeaux*, **140**, n° 3, 413-419, Mars 1963.

MICHAUD M.M.P. et VIARD H. — Séquelles valvulaires de la maladie de Bouillaud. Traitement. Indications. Résultats. *Rhumatologie* **16**, 61, Février 1964.

MOZZICONACCI P., BALLINI P., BINET N. et ORSAUD E. — Fréquence des cardiopathies rhumatismales chez les écoliers français. *Sem. Hôp. Paris*, 1963, 39, 1953-1972.

MOZZICONACCI P., NOUAÏLLE J., ATTAL C. et CARAMANIAN M.K. — Résultats du traitement hormonal de la maladie de Bouillaud. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **70**, nos 21, 22, 23, 786-795, 1954.

MOZZICONACCI P., ATTAL C. et CARAMANIAN M.K. — Congrès (XVI^e) de l'Association des Pédiatres de Langue Française, Paris, Exp. Scient. Franç., 2, 209-396, 1957, 351 références.

MOZZICONACCI P. et CARAMANIAN M.K. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu. Résultats sur 387 cas. *Sem. Hôp. Paris (Ann. Péd.)*, **33** n° 31/5, 1970 / p. 288-1977 / p. 295, 18 tabl., 22 Mai 1957.

MOZZICONACCI P. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu. Rev. Prat. Tome IX, n° 3, p. 279-290.

MOZZICONACCI P., CATTAL et CARAMANIAN M.K. — Comment fixer la durée du traitement hormonal de la maladie de Bouillaud. Sem. Hôp. Paris, 38, 304-309, 1962.

MONNET P. — Traitement hormonal du rhumatisme articulaire aigu. Rev. Lyon Méd., 4, 63, 1955.

MUSSAG C. et al. — Collateral effects of cortisonic therapy in rheumatic fever. Minerva Pediat., 16 : 1384-6, 24 Nov. 64. It.

NEUHAUS G. — Problems of rheumatic carditis in middle-age. Deutsch Med. J., 15 : 701-7, 5 Nov. 64. Ger.

NICOLA P. et al. — Our experience on the subject of corticosteroid and salicylic therapy in the rheumatic fever of childhood. Minerva Ped., 16 : 1383-4, 24 Nov. 64. It.

NIZARD Y. — Le traitement hormonal dans la maladie de Bouillaud chez l'enfant (son action dans la prévention des séquelles cardiaques). Thèse Paris, 1963, n° 940, 37 pages.

NOUAILLE Jean, GAUTIER M. et FIDELLE J. — Le traitement du rhumatisme articulaire aigu de l'enfant. Cœur et Médecine interne. Tome II, n° 2, pp. 225-232, 1963.

PEZZICA R. — Il meccanismo d'azione dei salicilati e dei cortisonici : probabile via finale comune rappresentata dalla demolizione proteica quale auto-immunizzazione. Minerva Pediat., 16 : 1310-1, 24 Nov. 1964. It.

PREIS A. et al. — Results of a short-term high dosed hormonal therapy of rheumatic fever in childhood. Kinderaeztl Prax, 33 : 208-8, May 65. Ger.

PUECH et coll. — Bilan de la corticothérapie : la maladie de Bouillaud. Montpellier Méd., 57, n° 5, 539-541, Mai 1960.

RAVAULT P.P., VIGNON G. et BERTHIER L. — Aux confins de la maladie de Bouillaud, le rhumatisme articulaire subaigu de l'adulte. J. Méd. Lyon, 31, 321. 1950.

RAVAULT P.P., VIGNON G. et ROBERT J.M. — Le rhumatisme articulaire subaigu de l'adulte. Rev. Rhum., **25**, 354-371, 1958.

RINGENBACH C.L.R. — Contribution à l'étude de la maladie de Bouillaud de l'adulte. Thèse, Paris, 1955.

ROBERT J.M. — Le rhumatisme articulaire subaigu de l'adulte à propos de 70 observations de polyarthrites d'allure subaiguë, Thèse Lyon, 1958.

ROSKAM J. — La place des dérivés salicylés dans le traitement de la maladie rhumatismale. Europa Médica, n° 1, p. 27-35, Oct. 1962.

ROMANI F. — A propos de l'évolution de 300 cardites rhumatismales en fonction des différents modes de traitement (évolution suivie pendant une période de un à 11 ans). Thèse, Paris, n° 926, 122 p., 1965.

ROSSET B. — La thérapeutique salicylée de la maladie de Bouillaud d'après une expérience clinique portant sur 6 années. Etude comparative de 155 cas. Thèse Lyon, 1951-52.

SANGIORGI M. et al. — Salicylic therapy of rheumatic carditis observations and results in a group of subjects with initial carditis subjected to a long term follow-up. Boll. Soc. Ital. Cardiol., 8 : 269-78, 1963. It.

SADYK H. — Hormones and other drugs in the treatment of first rheumatism attacks in children. Zadeks Vop. Reum., 5 : 73-6, Ap Jun 65. Rus.

SCHAISSON G. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu. Esprit Médico Pharmaceutique, n° 60, 15, Mai 1963.

SIFFOINTE J. — Contribution à l'étude du traitement des cardites rhumatismales par l'ACTH et la cortisone. Thèse, Lyon 1951-1952.

STOLLERMAN G.H. — Le traitement et la prophylaxie de la fièvre rhumatismale. Documenta Geigy, acta rheumatologica, n° 17, Bâle, 1960.

VALORA N. et al. — Clinico statistical study of rheumatic fever in subjects who have undergone effective salicylate therapy and subjects exposed to other therapy. Boll. Soc. Ital. Cardiol., 9 : 183-96, 1964.

WELFRINGER A. — Etudes sur le rhumatisme articulaire aigu de l'adulte. Thèse, Nancy, 1957.

WILL G. et al. — Treatment of rheumatic fever : comparaison of the effects of aspirin and phenylbutazone. Brit. Med. J., 5404 : 281-4, 1 Ang. 1964.

WILSON M.G. et WAN NGO LIM. — L'évolution naturelle de la cardite rhumatismale ; appréciation de l'hormonothérapie. J.A.M.A., 160, n° 17, 1457-1460, 5 fig. (Bibilog.), 28 Av. 1956.

The treatment of acute rheumatic fever in children. A cooperative clinical trial of ACTH, cortisone, and aspirin. A joint report by the rheumatic fever working party of the medical research council of Great Britain and the subcommittee of principal investigators of the American council on rheumatic fever and congenital Heart Disease, American Heart Association, Brit. Med. J., 1, 555, 1955. Circulation, 11, 343, 1955.

XVI^e congrès de l'association des pédiatres de langue française, tome II. - Prophylaxie et traitement du rhumatisme articulaire aigu. Expansion scientifique française, Paris, 1957.

Journée de la ligue Française contre le rhumatisme, le rhumatisme articulaire aigu. Rev. Rhum., 25, n° 5, 1958.

Primer symposium internacional sobre fiebre reumática. Instituto Nacional de Cardiologia. Mexico, 1958.

Combined rheumatic fever group. A comparison of the effect of prednisone and acetylsalicylic acid on the incidence of residual rheumatic heart disease. New Engl. J. Med., 262, 895-902, 1960.

Comparaison des effets de la prednisone et de l'acide acétylsalicylique sur l'incidence des cardiopathies résiduelles. New England J. Med., 262, 895, 1960.

Atti del x congresso della Internazionale contre il reumatismo. Rome 1961, 2 vol, Edizioni Minerva Medica Turin, 1961.

The natural history of rheumatic fever and rheumatic heart disease : ten year report of a cooperative clinical trial of ACTH cortisone and aspirin. Canad Med. Ass. J., 93 : 519-31, 4 Sep. 65.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	17
INTRODUCTION	19
CHAPITRE PREMIER. — Données historiques	21
CHAPITRE II. — Action pharmacodynamique : salicyles - corticoïdes ..	25
CHAPITRE III. — L'efficacité de la corticothérapie. — Evolution des idées	27
CHAPITRE IV. — Le point de vue actuel de la thérapeutique chez l'adulte	33
CHAPITRE V. — Conditions d'enquête	39
CHAPITRE VI. — Observations cliniques, classées sous forme de ta- bleaux : Les primo-invasions et les récidives	45
Tableaux primo-invasions	46
Tableaux récidives	48
CHAPITRE VII. — Discussion et Commentaires	51
CONCLUSIONS	57
CHOIX BIBLIOGRAPHIQUE	59
